

年 月 日

滋賀県医師協同組合  
理事長 笠原 吉孝 殿

〒

住 所 \_\_\_\_\_

賛助会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 紛 失 届

賛助会員 \_\_\_\_\_ 名義の協賛費預り証を紛失いたしましたので  
お届けします。なお後日発見の折は停滞なく返戻いたします。

記

協賛費預り証 口数 \_\_\_\_\_ 口

証 券 番 号 \_\_\_\_\_

協賛預り証 金額 \_\_\_\_\_ 円

注 賛助会員死亡の場合は、賛助会員氏名を併記し代理人届出とする。

個人情報取扱いについて

ご記入頂いた個人情報は厳密な管理の上、目的以外の使用は致しません。詳しくは当組合ホームページ、  
又は機関誌をご覧ください。