

平成____年____月____日

滋賀県医師協同組合

理事長 笠原 吉孝 殿

〒

住 所 _____

組合員氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印

組 合 脱 退 届

平成____年____月____日付（事業廃止・法人切替・転居・死亡）したため、貴組合を脱退することとなりましたのでお届けいたします。

おって、私の持分は定款第3章第14条の規定により算定のうえ払戻して下さるよう申し添えます。

（注）組合員死亡の場合は、組合員氏名を併記し代理人届出とする。

出資金等振込先

銀行種別	銀行 金庫		支店 支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人 ※ 漢字でご記入下さい			

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。