

(様式9)

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

賛助会員脱退届

このたび下記の事由により 年 月 日付で貴組合を脱退する事になりましたのでお届けいたします。

記

脱退の理由

(開業 転勤 死亡 その他 ())

※ 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。

振込先

銀行名	銀行	支店
	金庫	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。