

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

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。

銀行種別	銀行 支店		支店 出張所
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。