

預金口座振替依頼書

令和 年 月 日

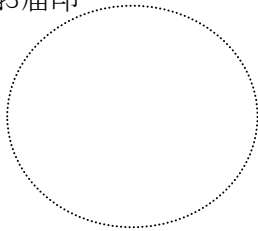
石川県医師信用組合 御中

私は、下記会費等を納入するため、私の普通預金口座より自動引落しすることについて、石川県臨床整形外科医会に依頼いたしますので、私の普通預金口座より貴組合に対する正式普通預金払戻請求書を差し出さなくても、払出しくださるようお願いいたします。

尚、後日紛議が生じましても貴組合には一切迷惑をおかけいたしません。

会費等内訳 (指定の会費に○を付してください)

	石川県臨床整形外科医会費	} 「臨床整形会費」
	日本臨床整形外科学会費	
	整形外科医政協議会費	「整医協」

住 所		
フリガナ		お届け印 
氏 名 又は 法 人 名		
普通預金口座番号		

※当組合のお届け印をご捺印下さい。

----- 信 用 組 合 使 用 欄 -----

検 印	印鑑照合	受付者

顧客番号

書類受付日

処 理 日

依 頼 書

石川県臨床整形外科医会 御中

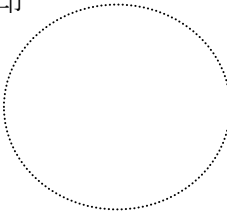
私は上記の者に下記の手続きを依頼します。

1. 石川県臨床整形外科医会・日本臨床整形外科学会・整形外科医政協議会の各会費納入のため、石川県医師信用組合の私名義の普通預金口座から控除する一切の件。

令和 年 月 日

会費等内訳 (指定の会費に○を付してください)

	石川県臨床整形外科医会費	} 「臨床整形会費」	
	日本臨床整形外科学会費		
	整形外科医政協議会費	「整医協」	

住 所		
氏 名 又は 法 人 名		印 
普通預金口座番号		