

同 意 書

私の納入すべき宮城県医師会諸会費・検査料・団体保険料・医師会協同組合購買等を、

_____年_____月から、[_____銀行（銀行番号_____）

_____支店（店番号_____）（普通・当座）

預金・口座番号_____] 私名義の口座より引去り、

納入することに同意致します。

_____年_____月_____日

氏 名

住 所

(〒_____—_____) 電話 (_____) - (_____) - (_____)

(フリガナ)

口座名義

銀行届出印

生年月日

_____年_____月_____日

公益社団法人宮城県医師会

会長 安藤 健二郎 殿

[医療機関コード _____]

◎ 個人情報取扱

本同意書に記載された個人情報は、宮城県医師会、記載の金融機関及び取扱保険会社間で、諸会費・検査料・保険料等の収納等契約の継続・維持管理のために使用し、相互に利用されることに同意します。

宮城県医師会受付印	銀行受付印

依 頼 書

私の納入すべき宮城県医師会諸会費・検査料・団体保険料・医師会協同組合購買等を、

_____年_____月から、[_____銀行（銀行番号_____）

_____支店（店番号_____）（普通・当座）

預金・口座番号_____] より引去り、指定の宮城県

医師会口座へ払込願いたくご依頼致します。

_____年_____月_____日

氏 名

住 所

(〒_____—_____) 電話 (_____) - (_____) - (_____)

(フリガナ)

口座名義

銀行届出印



_____銀行 _____支店 殿

[医療機関コード _____]

◎ 個人情報取扱

本依頼書に記載された個人情報は、宮城県医師会、記載の金融機関及び取扱保険会社間で、諸会費・検査料・保険料等の収納等契約の継続・維持管理のために使用し、相互に利用されることに同意します。

宮城県医師会受付印

