


申込日 令和 年 月 日

お名前	ふりがな	申込印	生年月日	年齢	性別
			昭和 平成 年 月 日		男・女
ご自宅住所	(〒 -) 鹿児島県				
	携帯TEL	- -	自宅TEL	()	
ご勤務先住所	医療機関名 (診療科)				
	(〒 -)				
	TEL	()	FAX	()	
カードお届け先		自宅		勤務先	

申込をしてから一か月しても、お手元に届かない場合はご連絡ください。

【家族カード発行希望】 家族カードをご希望の方のみご記入下さい。家族カードは1枚に限ります。

ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和 年 月 日		男・女

【ご家族欄】 ご家族の生活シーンに合わせ、情報提供・商品のご案内を差し上げます。

ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和 年 月 日		男・女
ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和 年 月 日		男・女
ふりがな	続柄	生年月日	年齢	性別
		昭和・平成 令和 年 月 日		男・女

【デパート代金引去口座】 ご本人カードと家族カードのお引去り口座は同一口座になります。

指定口座	(右記の3行より 選択ください)	鹿児島銀行 ・ 南日本銀行 ・ 医師信用組合				支店	(支店番号)
	普通 ・ 当座 ○をしてください					ふりがな	
		口座名義					

- ※ ご記入の際は、**記入漏れ・押印漏れ**のないようご注意ください。
- ※ 下記の「**個人情報のお取扱い**」の内容にご同意いただける場合のみ、上欄に必要事項をご記入の上、お申込みください。

【個人情報のお取扱い】

※ 当組合は、本申込書に関する個人情報を、組合事業を目的とした業務に利用し、その他業務上必要とする範囲で業務委託先、金融機関へ提供を行い、またこれらのものから提供を受けることがあります。

勤務医ホームページ

組 合 記 入 欄	令和 年 月 日 引去り	令和 年 月 日 第 回理事会承認
	会員番号	0 0 カード番号 995 -
	山形屋への連絡	受付印
	備考	
	検印	検印 依頼者 受付