

不動産情報提供サービス 紹介カード発行申込書

ご利用方法

- 1 ご購入を希望される物件がございましたら、下記枠内をご記入の上、所属の医師協または全国医師協同組合連合会へFAXをお送りください。(複数ある場合は、本紙をコピーの上、物件毎にご記入をお願いします。)
- 2 後日、所属の医師協から「紹介カード」をお送りいたします。
※お急ぎの場合、FAXでお送りいたします。FAXをご希望の方は備考欄にその旨をご記入ください。
- 3 「紹介カード」が届きましたら、必要事項をご記入の上で物件の購入申込までに不動産会社の販売窓口までお渡しください。

【ご注意事項】

- 事前の紹介カード発行依頼がない場合や、既に商談中の場合は提携特典が受けられない場合がございます。
- 本サービスは、提携会社のご紹介のみとなります。個々のお取引については、組合員の皆様が直接不動産会社とご商談ください。

【個人情報のお取扱いに関して】

お客様の個人情報は、本サービスの利用の為に取得し、本サービスの提供を行う不動産会社に提供いたします。他の目的には一切利用いたしません。

ご利用者様情報

フリガナ	
組合員氏名	所属医師協名 鹿児島県医師協同組合
フリガナ	
利用者氏名 (組合員本人以外の場合)	続柄
医療機関名	
住所 〒	
電話番号	FAX 番号
備考(□にチェック)	<input type="checkbox"/> FAX での送付を希望 (至急の場合) <input type="checkbox"/> その他 ()

希望物件 ※必須

不動産会社名	物件名
--------	-----

お申込み・お問い合わせ先 >>> 鹿児島県医師協同組合

TEL : 099-254-8126 FAX : 099-257-1816

事務局使用欄

①医師協名 鹿児島県医師協同組合	②医師協担当者印	③全医協連受付日	④カード発行印
---------------------	----------	----------	---------