

年 月 日

依 頼 書

大阪府医師信用組合 御中

〒

住 所

TEL. ()

氏 名

印

平成 年 月から、貴組合の指定日（社会保険診療報酬入金日）に下記金額を、私名義の下記口座から口座振替により引落としを依頼致します。

阪奈会

金 額 ￥1,000 毎月

取扱銀行

銀行

支店

普通
当座

預金口座 No.