

融資斡旋申込書

氏 名

⑩

(署名又は記名・押印)

連絡先

氏 名			会員区分	※ A・B1・B2・C				
地区医師会	新規開業の場合は、開設予定の地区名を記入							
医療機関名称	新規開業の場合は、開設予定の医療機関名称を記入							
所在地	〒		TEL					
開設年月日	年 月 日		新規開業の場合のみ記入					
金融機関	※ 中信・京信・北信			支店	利率	※ 固定・変動		
融資種別	※ 開業 A会員 B・C会員融資 (用途:)							
融資金額	円 (必要総額 円)							
返済期間	年間		融資希望時期			年 月		
他の借入状況	金融機関	支店	借入開始月	当初借入金額	現在残高	返済年数	毎月返済額	事業性・住宅
								事・住
								事・住
								事・住
収入	A 会員	円 (過去3か月の診療報酬の平均月額を記入してください)						
	B・C会員	円 (年収を記入してください)						

※欄は該当項目を○で囲んでください。

融 資 斡 旋 書

京医融 第 ()号
令和 年 月 日

御 中

上記内容を確認いたしましたので、協定に基づく条件によりご融資いただきたく斡旋いたします。

一般社団法人京都府医師会
会 長 松井 道宣