

平成 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。

大阪府医師自動車連盟
金 額 〃 15,000 （年1回）

取扱銀行 _____ 銀行 _____ 支店 _____

普通
当座 _____ 預金口座 No. _____