

組合員の皆様へ ぜひご利用ください!!

医療信の特別融資

『外来環』導入のための機器購入資金

ご融資金額	100万円以下 購入代金の範囲内
ご融資形態	証書貸付(元金均等返済)
ご融資利率	年1.50% 変動金利(長期プライムレートを基準に変動します)
ご融資期間	3年以内
連帯保証人	原則不要
担保	不要
機器購入金額が100万円を超える場合は、別途ご相談下さい	

ご提出書類	1. 所得税確定申告書写し(以下3ページ) ①第一表、②青色申告決算書(損益計算書) ③貸借対照表(資産負債調) 2. 見積書
-------	--------------------------------------------------------------------------

・組合所定の審査の結果、ご希望にそえないこともございますので、予めご了承ください。

お申し込みは、裏面の借入仮申込書にご記入いただき、所定の提出書類とともに、FAX・郵送にてお申し込みください。

愛知県医療信用組合

<http://www.iryoushin.com/>

名古屋市中区丸の内三丁目5番18号

愛知県歯科医師会館6階

TEL(052)962-9569

FAX(052)951-8651

(担当者:カ7サキ)

借入仮申込書

平成 年 月 日

愛知県医療信用組合 御中

県歯会歯科医 入会の有無	愛知・岐阜・三重（入会・未入会）
所属地区	歯科医師会
開業年月	S・H 年 月

ご自宅	TEL () -		
お名前	() 歳	日中連絡先 (携帯電話等)	() -
歯科医院名		診療所 TEL	() -
借入ご希望額	万円	資金用途 (具体的に)	医療機器購入資金
借入ご希望日	平成 年 月 日	お借入期間	年 月

ご家族構成 ※お子様の学費・ その他生活費等を 把握させて頂くた めのものです。 同居の場合のみ	続柄	お名前	年齢	職業、学校・学部	その他
	配偶者				
	長男				
	長女				
	次男				
	次女				
	父				
	母				

ご提出書類	1. 所得税確定申告書写し(以下3ページ) (①第一表、②青色申告決算書 ③貸借対照表(資産負債調)) 2. 見積書写し
-------	-----------------------------------------------------------------------

※ 本書における個人情報、審査の
目的以外には利用しません。

※ FAX(052-951-8651)される場合
は、お手数ですが当組合に電話連絡
をお願いします。