

日頃のご愛顧に感謝!!

手数料、保証料不要

歯科医師応援ファンド

まずはお気軽にお電話ください!【相談受付中】

資金使途

**医療に関わる
事業資金**

- ・診療所開設・改装資金、医療機器等の購入資金
- ・運転資金、歯科医師会入会金 など

金額

一口、1百万円以上 **5千万円** 以下

金利

[当初4年間] 固定金利 年 **1.2%**

[5年目以降] 変動金利 年 **2.60%** ~ 3.60%(R7/12現在)
(長期プライムレート+0.0%~1.0%) (審査結果により決定)

期間

最長 20年 以内
(融資金額1千万円以下の場合、最長10年以内)

完済時年齢

原則、
75歳まで

連帯保証人

原則、
専従者 1名

担保

お申込内容、財務状況等により担保提供をお願いすることがあります

申込方法

裏面の仮申込書をご記入いただき、所定の提出書類とともに郵送にてお申し込みください

・組合所定の審査の結果、ご希望にそえない場合もございますのであらかじめご了承ください。

商品内容、融資金利は金融環境の変化等により変更となることがあります。(2026年1月4日現在)

お気軽に
ご照会ください。



愛知県医療信用組合

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

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

愛知県医療信用組合 |

検索

(担当) 河嵯(カワサキ)

【歯科医師応援ファンド】仮借入申込書

令和 年 月 日

愛知県医療信用組合 御中

県歯科医師会 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・R 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		資金使途 (具体的に)	
借入ご希望日	令和 年 月 日	お借入期間	年 月

お借入明細 ※診療部門以外の 住宅・車の借入等 もご記入下さい。	お 借 入 先	現 在 残 高	月 返 済 額	資金使途（具体的に）

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。	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				
同居の場合のみ	父				
	母				

ご提出書類

1. 所得税確定申告書写し（以下5ページ）
（①第一表、②第二表、③青色申告決算書、
④月別売上（収入）金額及び仕入れ金額、
⑤貸借対照表（資産負債調））
2. 見積書写し
3. 請求書写し
4. 金融機関借入残高一覧表 等

※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。