

鹿児島県医師協同組合/JCBゴールド法人カード入会申込書

株式会社鹿児島カード 御中 株式会社鹿児島銀行 御中 株式会社ジェシービー 御中 (法人・個人事業主用)

黒のボールペンで太線枠内を正確にご記入ください。また、当てはまる項目の□に☑印をお付けください。(数字記入欄は右づめでご記入ください。)

当社(含個人事業主およびETCスルーカードN申込人)は、裏面記載の会員規約(一般法人用一抄)、「反社会的勢力の排除」の条項を含む)、特約・規定類(一部「抄」の場合あり、以下総称して「規約類」といいます)およびその他裏面に記載された事項の内容を承諾のうえ、追加使用者お申し込み欄に記載の者をカード使用者として下に記載のとおり申し込みますので、審査のうえ入会が認められた場合、カードを発行してください。当社の代表者は、裏面の規約類およびその他裏面に記載された事項を承認し、会社が負う支払債務を連帯して履行します。カードの使用者は、裏面の規約類およびその他裏面に記載された事項を承認し、カードを使用します。

※入会申込書は返却できません。

訂正する場合

訂正箇所は、二重線を引き、すべて「お届け印」の訂正印をご捺印ください。(または金融機関へお届けのサインをご記入)

※訂正例(修正液での訂正はお受けできません)

8 預金口座振替依頼書

(JCBクレジット利用代金) 鹿児島県医師協同組合/JCBゴールド法人カード入会申込書 (法人・個人事業主用)

株式会社鹿児島カード

振替日:毎月10日(休業日の場合は翌営業日)

お申し込み日 平成 27 年 1 月 27 日

お申し込み法人名または個人事業主名と同一名義の口座をご記入ください。

名称	鹿児島銀行	
支店名	中央	支店 ☑ 出張所 □ 代理店 □
預金口座	普通預金 ☑ 当座預金 □	口座番号 1 2 3 4 5 6

法人名または個人事業主名(ただし個人事業所の場合は、代表者名義の口座指定が可能です。)

フリガナ	イリョウホウジン マルマルカイ リジチョウ イキョウ タロウ	
フリガナ	イリョウホウジン マルマルカイ	リジチョウ イキョウ タロウ
フリガナ	医療法人 会	理事長 医協 太郎

金融機関お届け印

1 組織形態について

法人 ☑ 個人事業主 □

2 お申し込み日

平成 27 年 1 月 27 日

3 ETCスルーカードN希望発行枚数

2 枚

4 会員専用WEBサービス「MyJCB」ご登録

法人専用ID 5☑申し込み カード使用者ID (代表者用) 5☑申し込み

5 英字社名

M A R U M A R U K A I

6 お申し込み法人(または個人事業主)について

フリガナ イリョウホウジン マルマルカイ
 法人名または個人事業所名 医療法人 会
 フリガナ イキョウ タロウ
 代表者名 (姓) 医協 (名) 太郎
 代表電話 099-254-8126
 フリガナ カゴシマシチュウオウチュウ
 〒 890-0053
 所在地 鹿児島市中央町8-1

7 カードご利用代金お支払い口座

お申し込み法人名または個人事業主名と同一名義の口座をご記入ください。

名称	鹿児島銀行	
支店名	中央	支店 ☑ 出張所 □ 代理店 □
お支払い口座	普通預金 ☑ 当座預金 □	口座番号 1 2 3 4 5 6

法人名または個人事業所名(ただし個人事業所の場合は、代表者名義の口座指定が可能です。)

フリガナ	イリョウホウジン マルマルカイ リジチョウ イキョウ タロウ	
フリガナ	医療法人 会	理事長 医協 太郎

お取引内容

普通 ☑ 積定・定積 □ 割引 □

当座 □ 証貨(長期・短期) □

定期、信託 ☑

カードローン □

取引年数 (37) 年

設立年月または開業年月 平成 52 年 4 月 営業年数 37 年

業種 1☑製造業 2☑建設業 3☑電気・ガス・熱供給・水道業 4☑運輸・通信業 5☑卸売・小売・飲食業 6☑金融・保険業 7☑不動産業 8☑サービス業 10☑その他

資本金 1☑30万円未満 2☑30万円以上 3☑50万円以上 4☑100万円以上 5☑300万円以上

従業員数 1☑6人未満 2☑10人未満 3☑30人未満 4☑50人未満 5☑100人未満 6☑300人未満 7☑500人未満 8☑1000人未満 9☑1000人以上

年商 万円 経常利益 万円

主要株主 関連会社

※個人事業主の方は、必ず次の項目にもご記入ください。

配偶者	1☑あり 0☑なし	同居ご家族(お住まいの方のみ)	1☑親 2☑その他 3☑なし
子供	1☑あり 0☑なし	お住まい	1☑持家(自己家財) 4☑賃貸(社宅・民間)

実質的支配者の有無

1☑あり

支配者の人格 1☑法人 2☑個人 名称または氏名 医協 太郎 生年月日(個人の場合) 大・昭・平 XX 年 5 月 1 日

本店所在地(法人の場合) 鹿児島市中央町8-2

自宅住所(個人の場合)

9 連絡責任者欄

フリガナ イキョウ ハナコ フリガナ リジ

お名前(自署) 医協 花子 部課名 役職名 理事

電話番号

11 追加使用者お申し込み欄

フリガナ イキョウ ハナコ フリガナ リジ

お名前(自署) 医協 花子 部課名 役職名 理事

電話番号

暗証番号

性別 男 □ 女 ☑

生年月日 大・昭・平 XX 年 6 月 1 日

10 代表者お申し込み欄

フリガナ イキョウ タロウ

お名前(自署) 医協 太郎

性別 男 ☑ 女 □

生年月日 大・昭・平 XX 年 5 月 1 日

フリガナ リジチョウ 役職名 理事長

〒 890-0053

ご自宅住所 鹿児島市中央町8-2

カード会社使用欄	カード会社使用欄	組合確認欄	金融機関(支店)名 鹿児島銀行 《取次経緯》金融機関受付日 平成 年 月 日 勤務(1.自宅 2.勤務先 3.店舗) 棟 係 担当印 4.本人申出 印 印 5.()
確認者/記録者 特定番号 補完書類 事業内容	確認日時 20 年 月 日 本人確認 1.済 2.未	確認者 補完書類	金融機関(支店)名 《取次経緯》金融機関受付日 平成 年 月 日 勤務(1.自宅 2.勤務先 3.店舗) 棟 係 担当印 4.本人申出 印 印 5.()

金融機関使用欄

本依頼書に不備のある場合には、次の該当箇所にお印を付け、甲へご返送ください。

1.口座取引なし 2.記載事項等相違(店名・預金種目・口座番号・口座名義) 3.印鑑相違

4.印不明 5.原書と一致せず 6.その他

クレジット会社使用欄

※イメージシールは左の太線に左側を合わせ、ズレのないよう貼り付けてください。