

# IDEX メンバーズカード申込書

コード *組合使用欄									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

受付番号

## 【申込書送信先】 FAX 099-257-1816

所属組合	鹿児島県医師協同組合 TEL 099-254-8126
------	-----------------------------

発行区分	法人用		
フリガナ			
法人名 及び 医療機関名			
フリガナ			
代表者名			
フリガナ			
住所	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス			

※ 上記住所とカードの届け先が異なる場合は下欄にご記入下さい

フリガナ			
カード届先宛名			
フリガナ			
カード届先住所	〒		
TEL		FAX	

 <p>カード記載名称</p>	※記入例↓(カタカナで18文字以内 濁点(゜)半濁点(ㇿ)も一文字としてご記入下さい) イ ) カ コ ゝ シ マ カ イ      カ コ ゝ シ マ イ イン																	
※ナンバー 記入例	鹿児島 331						た 8 1 — 2 6						ナンバー					
ナンバー													ナンバー					
ナンバー													ナンバー					

ここから下は記入しないで下さい。

上記内容受け付けました。 令和 年 月 日 得意先番号	ホームページ
--------------------------------	--------

# 引去銀行(口座)届

私は、新出光ガソリンカード(IDEX CARD)の利用代金について、下記の口座より引き去り下さるようお届け致します。

請求区分	法人用										
コード ※組合記入欄					0	0	日付	令和	年	月	日
フリガナ											
法人名 及び 医療機関名											
代表者名											
住所	〒										
電話番号						FAX					
ご担当者											

## 引去口座(下記の3行の指定になります)

- いずれかに
- 鹿児島銀行
  - 南日本銀行
  - 医師信用組合

【本支店名】

本店  
支店  
出張所

【口座番号】 普通 ・ 当座

フリガナ

【口座名義】

【個人情報のお取り扱い】  
当組合は、本申込書に関する個人情報を、組合事業を目的とした業務に利用し、その他業務上必要とする範囲で業務委託先、金融機関へ提供を行い、またこれらのものから提供を受けることがあります。