

理事長	副理事長	専務理事	事務局長	事務局次長	担当

平成 年 月 日

茨城県医師協同組合 理事長 殿

住所

組合員氏名 印

申請者氏名 印

## 持分払戻請求書

このたび（ ）のため組合を脱退しましたので「出資証券」・

「組合員証」をお返しいたします。

つきましては、持分を下記口座に払い戻して下さるよう請求します。

振込先希望銀行 銀行 支店

口座番号 普・当 No.

フリガナ  
名義

※名義には、必ずフリガナをつけて下さい。

(こちらにご記入頂いた個人情報は、出資金・配当金を返金する以外には使用致しません)