

《 入会のご案内 》

この度は大阪府学校医会入会案内をご覧頂きありがとうございます。

本会は令和3年に70周年を迎え、政令市を除く大阪府下の公立・私立の幼稚園から高等学校まで幅広く、学校医の先生方と大阪府学校保健会発足から歩みを共にして参りました。

先生方にはお忙しい中、学校保健活動に御尽力賜り厚く御礼申し上げます。

本会開催の研修会は学校現場での対応にご活用頂きたく、学校医の先生方のご協力により直接現場で起こる様々な問題点等のお声を頂きながら平成25年より年2回（9月・2月）研修会・年2回（8月・3月）産業医講習会（共催）を開催しております。

この活動を通し学校医の皆様役に立つ最新の情報を発信するため、皆様のお力添えを賜りたく個人会員募集の御案内をさせていただきます。

会費は個人会員1名あたり年会費として5000円を申し受けます。

個人会員の皆様には「学校医研修会」「産業医講習会」を先行してご案内・受付を

させていただきます。また、本会の活動をまとめました「大阪府学校医会誌」

（年1回）のお届けと学校保健に関する情報をリアルタイムでお届けいたします。

なにとぞ本会の活動に御賛同賜り、ご入会頂きますようお願い申し上げます。

大阪府学校医会 会長 森口 久子

* 申し込み方法

別紙1. 入会申込書・2. 依頼書・3. 預金口座振替依頼書（取扱金融機関のご確認
お願い致します。）にご記入、ご捺印の上、本会事務局までご返送ください。

ご記入いただきました個人情報には本会事務局で保管し、名簿等作成の場合は
氏名・学校名のみ記載と致します。

* ご不明の点が下記までご連絡ください。

大阪府学校医会事務局：月水金 ☎（06）6763-0951

年 月 日

依 頼 書

大阪府医師信用組合 御中

〒 _____

住 所 _____

TEL. (_____) _____

氏 名 _____

Ⓜ

所属医師会 _____

年 月から、貴組合の指定日（社会保険診療報酬入金日）に下記金額を、私名義の下記口座から口座振替により引落としを依頼致します。

大阪府学校医会

金 額 ~~¥~~ 5,000 (年1回)

取扱銀行 _____ 銀 行 _____ 支店 _____
信用組合

普通
当座

預金口座 No. _____

口座名義人 _____

年 月 日

銀 行 御中
信用組合

預金口座振替依頼書

私は、大阪府医師信用組合が、指定した日（大阪府社会保険診療報酬入金日）に、大阪府医師信用組合から貴行に請求のあった金額を私名義の下記口座から、口座振替によりお支払いくださるよう依頼いたします。

本件払出しに関しては、預金取引規定にかかわらず、当座小切手の振出し、普通預金請求書の提出等の手続きを致しませんので、貴行で適宜取扱いをお願い致します。

尚、この取扱いについて、仮に紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行にはご迷惑をかけません。

銀 行		支店					
信用組合							
預 金 種 目	普通・当座	口座番号(右づめ)					
フリガナ							お届け印
口座名義人 (法人口座の場合) 代表者名必須							
住 所	〒 -						

- ※ 銀行にお届けのご住所をご記入ください。
- ※ 銀行にお届けのご印鑑を鮮明にご捺印ください。
- ※ 訂正箇所には、必ずお届け印をご捺印ください。(修正ペンでの訂正は無効。)
- ※ 太枠内は全てご記入下さい。

大 阪 府 学 校 医 会

振替口座の新規登録・変更

内容を入力し、「確認」ボタンを押してください。

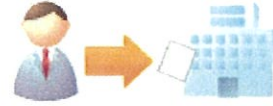
お手続きにあたって



入力フォームにご依頼者情報を入力



「口座振替依頼書」をご登録ご住所に送付



ご記入の上当組合に送付
(毎月20日締切、翌月より
新登録口座からの引落が可能)

取り扱い金融機関

銀行

- 三菱UFJ
- 関西みらい
- 三井住友
- 京都
- りそな
- 紀陽
- みずほ
- 南都
- 三井住友信託
- 徳島大正
- 池田泉州
- みなと

信用金庫

- 大阪シティ信金
- 永和信金
- 大阪信金
- 尼崎信金
- 大阪厚生信金
- 京都信金
- 大阪商工信金
- 京都中央信金
- 北おおさか信金
- きのくに信金
- 枚方信金
- 大和信金

信用組合

- 大阪府医師信用組合

※上記以外の金融機関のお取扱いは出来ませんのでご了承下さい。

※2020年1月1日付 変更

お客様情報

ご提供いただいた個人情報はお問合せへの対応のみに使用し、他の目的に使用することはありません。
また、当組合はあらかじめお客様の同意を得ないで、いただいた個人情報を第三者に提供いたしません。
その他の個人情報に関する取扱いについては「[個人情報保護方針](#)」をご覧ください。

氏名 **必須**

フリガナ **必須**

返信先住所 *切り取り封筒に張り付けてご使用下さい。

〒 542-0062

大阪府中央区上本町西 3-1-7

大阪府医師協同組合南館 5F

大阪府学校医会事務局 宛