

ドクターズS&Y 加入申込書

(拠出型企業年金保険)

名古屋市医師会協同組合 御中

加入案内用資料を読み、重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容、個人情報の取扱いおよび申込内容が自らの意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認・同意のうえ、契約者あて当制度への加入を申し込みます。

申込日 令和 年 月 日

お 申 込 者	フリガナ		性別
	加入者氏名	①	男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生	
	住 所	〒 TEL () - () - ()	
	勤務先 病 院 名		
	告 知	現在健康に就業して いる ・ いない	

お 申 込 内 容	新 規 ・ 増 口	年 払	<input type="checkbox"/>	0,000円
		一 時 払	<input type="checkbox"/>	0,000円

備 考