

組合員の皆さまへ ぜひご利用ください！！

医療信の融資

お申込期限 平成24年3月30日まで

利率は、平成23年10月作成日現在を掲載してあります

	融資限度額	融資期間	融資金利 (変動金利)	提出書類等	備考
事業資金 (設備・車)	1,000万円未満	5年以内	年 2.40%	見積書・納付書・請求書等	無担保(注) 保証人1名
		3年以内	年 2.20%		
事業資金 (運転資金)	500万円以内	5年以内	年 2.60%	※	無担保(注) 保証人1名
		3年以内	年 2.20%		
教育資金 (入学金・授業料)	1,000万円未満	5年以内	年 2.40%	納付書・合格通知等	無担保(注) 保証人1名
		3年以内	年 2.20%		
歯科医師会 入会資金	入会金金額範囲	3年以内	年 1.50%	※	専用申込書があります
新規開業資金	8,000万円以内	※	※	※	専用申込書があります
NEW フリーローン チョイス	300万円以内	7年以内	年 5.00%	収入に関する書類不要 事業資金除き使いみち自由	連帯保証人不要 (完済時70歳までの方) 専用申込書があります

※印については、お問い合わせください。

(注)・既にお借入があり、本件と合わせ1,000万円以上となる場合は、担保提供をお願いします。

- ・お問い合わせいただければ、ご融資の条件・ご返済額の試算など詳しくお話しさせていただきます。
- ・組合所定の審査の結果、ご希望にそえないこともございますので、予めご了承ください。

お申し込み

裏面の借入仮申込書にご記入いただき、所定の提出書類とともに、FAX・郵送にてお申し込みください。

ご提出書類

確定申告書、青色申告決算書、貸借対照表、他行借入残高一覧表、上記提出該当書類、借入仮申込書（裏面）等

愛知県歯科医師会員のための

愛知県医療信用組合

<http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~iryoshin/>

<移転仮事務所>

名古屋市中区丸の内二丁目4番7号
愛知県産業貿易館西館9階

TEL : (052) 962-9569

FAX : (052) 951-8651

(担当者：小原)

借入仮申込書

平成 年 月 日

愛知県医療信用組合 御中

地 区	歯科医師会
	S・H 年 月 開業

ご 自 宅				TEL () -
お 名 前	() 歳	日中連絡先 (携帯電話等)	()	-
歯 科 医 院 名			診療所 TEL ()	-
借入ご希望額	資金使途 (具体的に)			
借入ご希望日	平成 年 月 日	お借入期間	年	

お借入明細	お借入先	現在残高	月返済額	資金使途 (具体的に)
	※診療部門以外の 住宅・車の借入等 もご記入下さい。			

ご家族構成	続柄	お名前	年齢	職業、学校・学部	その他
	※お子様の学費・ その他生活費等を 把握させて頂くた めのものです。	配偶者			
長男					
長女					
次男					
次女					
同居の場合のみ	父				
	母				

※ 仮申込書における個人情報、審査の目的以外には利用しません。

※ FAX (052-951-8651) される場合は、お手数ですが当組合に電話連絡をお願いします。