いししんの

保証付

ドクターフリーローン

資金使途は問いません。
お 気 軽 に ご 相 談 下 さ い 。

ご利用いただける方	25歳以上で完済時75歳以下の方
お 使 い み ち	限定致しません。(聴取させていただきます。)　(事業性資金は除きます。) 500万円超は、資金使途を証明する資料が必要です。
ご 融 資 額	**１０万円～1,０００万円以下**
ご 返 済 期 間	**500万円以下‥‥5年以内** **500万円超‥‥‥10年以内**
ご 返 済 方 法	元金均等返済 ・ 元利均等返済
ご 融 資 利 率	変動金利(年2回見直し) **５年以内　年２．１５％**　WEB･スマホ申込　**年２．０５％** **５年超　年２．２５％**　WEB･スマホ申込　**年２．１５％**
保 証 料	年0．80％(ご融資利率に含みます。)　(全国しんくみ保証株式会社)
保 証 人	原則不要　500万円超は、保証会社が必要と認めた場合必要となります。
ご提出頂きたい書類等	500万円以下 原則不要 500万円超　所得証明書(源泉徴収票･確定申告書･所得証明書　等) ･見積書　･売買契約書　･その他契約書等の写し

＊ 詳しくは、当組合までお問い合わせ下さい。

医師の多彩なライフスタイルを応援します。

石 川 県 医 師 信 用 組 合
TEL　076－239－0126　　FAX　076－239－0487
URL　https://www.ishikawaishishin.co.jp

石 川 県 医 師 信 用 組 合　　行
FAX　076－239－0487

ドクターフリーローン　申込書（FAX用）

◎下記にご記入の上、FAXをお送り下さい。担当者よりご連絡させていただきます。

お申込金額　　円

ご利用目的

ご希望日　　年　　月　　日

ご住所

お名前

ご担当者　　ご連絡先　　－　　－

※ご記入いただきました個人情報は、お借入申込み管理に使用致します