歯科医師フリーローン ／ カードローン「アラカルト」仮審査申込書（太枠内をご記入ください）

神奈川県歯科医師信用組合 御中（取扱店 支店）

提携先番号	0	4	6	6	ー	0	5	0	2

保証委託先 全国しんくみ保証（株）御中
再保証委託先 （株）オリエントコーポレーション 御中

FAX番号 【本 店】045-662-4095 【平塚支店】0463-23-7166

※お申込みにあたっての留意事項

1.下記の「本申込みにかかる個人情報の取扱に関する事項」を確認し、同意のうえお申込みください。
2.この申込書はローンの「仮審査申込み」です。ご利用いただくには、別途正式なお手続きが必要となります。審査結果のご連絡の後、1ヶ月以内にご本人がお取引店までご来店ください。
3.必ず申込みのご本人が正確にご記入ください。この仮審査申込書の記入内容と、ご来店時にご提示いただく正式申込書ならびに確認資料の内容とが相違している場合、ご連絡した審査結果にかかわらず、ご契約をお断りする場合があります。
4.フリーローンについても資金使途は具体的にご記入ください。尚、借換目的の場合は借換先および残高を必ずご記入ください。
5.この仮審査申込書は審査結果にかかわらずご返却いたしませんのでご了承ください。

審査結果の連絡先
□自宅 □診療所 □携帯

私は下記の本申込みにかかる個人情報の取扱に関する事項に同意のうえ、本ローンを申込みます。	お申込日	年 月 日

お申込商品	□ フリーローン □ カードローン「アラカルト」	お申込経緯	1. FAX 2. 郵便 3. 店頭 4. 渉外 5. その他（ ）

お申込者

お名前	フリガナ （姓） （名） 印	生年月日	S.昭 H.平 年 月 日（満 歳）	性別	1. 男 2. 女
		電話	1. 自宅 2. 呼出（ ）様方 3. 無 ー ー	携帯	ー ー
ご住所	フリガナ （〒 ）	他社ローン残高	（住宅ローンを除く） 万円		
ご家族	配偶者 1. 無 2. 有 同居家族（ ）人	住居	1. 自己所有 2. 家族所有 3. 社宅・官舎 4. 借家（民間一戸建） 5. 賃貸マンション 6. 公営・公団 7. アパート 8. 寮 9. その他	居住年数	年 ヵ月
診療所 名称	フリガナ	電話	ー ー 内線（ ）	職種	公的資格者（歯科医師）
				業種	医療機関
診療所 住所	フリガナ （〒 ）	従業員数	人	勤続年数	年 ヵ月
				ご自身の年収	その他の収入を含め税込年収 万円
		ご自身には収入がなく配偶者に収入のある方		配偶者の職種	1. 公務員 2. 公的資格者 3. 会社員 5. 自営業 7. パート・アルバイト他 10. 派遣
				配偶者の年収	その他の収入を含め税込年収 万円

フリーローンをお申込みご希望の方	資金使途		お借入希望額	万円	お支払い希望回数	回（ 年）

カードローン「アラカルト」をお申込みご希望の方	希望申込極度額	○30万円 ○50万円 ○100万円 ○150万円 ○200万円 ○250万円 ○300万円 ○400万円 ○500万円 ○600万円 ○700万円 ○800万円

当信用組合との取引状況	取引開始 年 月	1. 普通・当座・定期・定積（ 万円） 2. 財形・財形年金 3. 給与・年金・配当金振込 4. 住宅ローン・カードローン・その他ローン 5. 自動振替（電話・電気・ガス・水道・税金・NHK・カード・その他） 6. その他（ ）
既往借入残高	有 担 万円	
	無 担 万円	

【本申込みにかかる個人情報の取扱に関する事項】

1.個人情報の収集、利用、保有
申込者は、神奈川県歯科医師信用組合（以下「当組合」という）及び全国しんくみ保証株式会社（以下「保証会社」という）並びに株式会社オリエントコーポレーション（以下「再保証会社」という）との本申込みに係る以下の個人情報を本申込み及び本申込み以外に当組合及び保証会社並びに再保証会社と締結する契約の与信（保証審査・途上与信を含む。以下同じ）並びに与信後の管理のため、当組合及び保証会社並びに再保証会社が保護措置を講じた上で収集・利用し、一定期間保有することに同意します。
①属性情報（本申込時に記載・入力等した氏名、性別、生年月日、住所、電話番号（携帯電話番号を含む。以下同じ）、eメールアドレス、勤務先内容、家族構成、居住状況等）
②申込情報（申込の種類、申込日、利用日、商品名・回数、申込額、利用額、利息、分割払手数料、保証料、諸費用、支払回数、毎月の支払額、支払方法、振替口座等）
③取引情報（本申込に関する取引の現在の状況及び履歴その他取引の内容）
④支払能力判断情報（申込者の資産、収入・支出、本申込以外に当組合及び保証会社並びに再保証会社と締結する契約に関する利用残高、返済状況等）
⑤本人確認情報（申込者の運転免許証、パスポート、住民票、在留カード等に記載された事項）
⑥映像、音声情報（個人の肖像、音声を磁気的または光学的媒体等に記録したもの）
⑦公開情報（官報、電話帳、住宅地図等に記載されている情報）

2.個人信用情報機関への登録・利用
（1）申込者は、当組合及び再保証会社が申込者への与信又は与信後の管理のため、当組合または再保証会社が加盟する個人信用情報機関及び同機関と提携する個人信用情報機関に照会し申込者の個人情報が登録されている場合には、当組合及び再保証会社がそれを利用することに同意します。
（2）当組合及び再保証会社が加盟する個人信用情報機関及び同機関が提携する個人信用情報機関の名称、電話番号は次のとおりです。各機関の加盟資格、会員名等は、各機関のホームページに掲載されております。
①当組合が加盟する個人信用情報機関
㈱日本信用情報機構（JICC）（貸金業法に基づく指定信用情報機関）
TEL.0570-055-955 https://www.jicc.co.jp/
②再保証会社が加盟する個人信用情報機関
㈱シー・アイ・シー（CIC）（割賦販売法及び貸金業法に基づく指定信用情報機関）
TEL.0120-810-414 https://www.cic.co.jp/
㈱日本信用情報機構（JICC）（貸金業法に基づく指定信用情報機関）
TEL.0570-055-955 https://www.jicc.co.jp/
③CIC及びJICCは相互に提携しています。
（3）申込者は、本申込みに関する客観的な取引事実に基づく個人情報が当組合または再保証会社の加盟する個人信用情報機関に下表に定める期間登録され、当組合または再保証会社の加盟する個人信用情報機関及び当該機関と提携する個人信用情報機関の会員により、申込者の支払能力に関する調査のために利用されることに同意します。
（4）個人信用情報機関に登録する個人情報は、申込者の氏名、生年月日、住所、電話番号、勤務先、運転免許証等の記号番号等の属性に関する個人情報、申込の種類、申込日、商品名・回数、申込額又は極度額、支払回数、年間請求予定額等申込の内容、取引の履歴に関する個人情報の全部又は一部、及びその他各加盟する個人信用情報機関が定める情報となります。

登録情報	登録期間	
	CIC	JICC
氏名、生年月日、住所、電話番号、勤務先等の本人情報	下記が登録されている期間	同 左
本契約に係る申込みをした事実	再保証会社が個人信用情報機関に照会した日から6ヶ月間	再保証会社が個人信用情報機関に照会した日から6ヶ月以内

3.個人情報の提供・利用
申込者は、本申込みにおいて、当組合及び保証会社並びに再保証会社が与信取引上の判断をするにあたり、申込者の当組合及び保証会社並びに再保証会社における取引全般に関する情報を相互に利用することに同意します。

4.個人情報の開示・訂正・削除
（1）申込者は、個人情報について当組合及び保証会社並びに再保証会社の所定の方法で開示を請求できます。ただし、業務の適正な実施に支障を及ぼすおそれがある場合及び個人情報保護法に別途定めがある場合に該当すると判断した場合は開示しません。
（2）開示の結果、客観的な事実について、不正確または誤りである場合は訂正または削除に応じます。
（3）当組合及び再保証会社が個人信用情報機関に提供した個人情報の開示を求める場合には、当該個人信用情報機関に連絡して下さい。尚、開示・訂正・削除については、個人信用情報機関の定めに従うものとします。

5.本条項に不同意の場合
当組合及び保証会社並びに再保証会社は、申込者が本申込みに必要な事項（本申込時に申込者が記載・入力すべき事項）の記入等を希望しない場合及び本条項に同意しない場合は、本申込みの受付をお断りすることがあります。

6.本申込みが不成立の場合
申込者は、本申込みが不成立であっても、その理由の如何を問わず上記1に基づき、本申込みをした事実に関する個人情報が当組合及び保証会社並びに再保証会社において一定期間利用されることに同意します。

7.お問い合わせ窓口
本条項に関するお問合せ及び上記4の開示・修正・削除の請求のお申出先は、下記お問合せ窓口とします。なお、再保証会社では、個人情報の保護に関する管理責任者として、個人情報統括責任者（個人情報の保護と利用に関する所管部の担当役員）を設置しております。
（1）当組合のお問い合わせ窓口
神奈川県歯科医師信用組合（https://www.shikashin.co.jp）
〒231-0013 神奈川県横浜市中区住吉町6-68-2 TEL: 045-641-2904
（2）保証会社のお問合せ窓口
全国しんくみ保証株式会社 〒104-0031 東京都中央区京橋1-9-5 TEL.03-3567-9111
（3）再保証会社のお問合せ窓口
株式会社オリエントコーポレーション（https://www.orico.co.jp）
お客様相談室 〒102-8503 東京都千代田区麹町5-2-1 TEL.03-5275-0211

以上

組合使用欄							
本人確認	日時	年 月 日（ 時 分）	信用組合名取扱店名	神奈川県歯科医師信用組合 支店	受付	受付日： 担当者印	FAX送信 送信日： 担当者印	結果連絡 連絡日： 担当者印
	場所	店頭・職場・家庭・その他（ ）						
	方法	面談・電話	金融機関コード	2 3 0 5 ー				
	担当者		電話番号					