

事務局長	主任	担当	入力

稲城市中小企業勤労者福祉サービスセンター
脱 会 届

稲城市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 殿 年 月 日

事業所番号
.....

事業所名 _____
 〒 _____
 所在地 _____
 TEL・FAX () : ()
 代表者名 _____ (印)

稲城市中小企業勤労者福祉サービスセンターを脱会したいのでお届けします。

会員番号	氏 名	性 別	脱 会 理 由	備 考
		男・女		

事業所数 : _____
 会 員 数 : _____

受付NO	受付年月日	処理年月日