

事務局長	担当	入力	受付

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		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		
		男・女		

事業所数： _____

会 員 数： _____

受付NO	受付年月日	処理年月日