

理事長	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

退 会 届

年 月 日

一般社団法人
稲城市中小企業勤労者福祉
サービスセンター理事長 殿

事業所番号

事業所名

〒

所在地

TEL・FAX () : ()

代表者名

印

貴サービスセンターを退会したいので下記の通り届けます。

会員番号	氏 名	性 別	退会理由に○をつける	退 会 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日
		男・女	退職・死亡・廃業・異動・その他	年 月 日

受付NO	受付年月日	処理年月日