

年 月 日

事業所 退会届

泉佐野市勤労者福祉共済サービスセンター会長 宛

事業所コード _____

住所 _____

事業所名 _____

電話番号 _____

泉佐野市勤労福祉共済サービスセンターを下記のとおり退会いたしたく、
申し出ます。

記

1. 退会希望年月日 年 月 末日

2. 退会の理由 _____

- 【注意】 1. 退会者の会員退会届と会員証を添付してください。
2. 原則として退会届受理日月末を退会日とします。

受付印