

年 月 日

事業所 会員異動・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

事業所名

担当者名

連絡先

一部 退会を申し出ます。
全部

会員番号			

氏名	退会年月日	退会理由				
フリガナ	年 月 末日	1	2	3	4	5
		退	死	任	異	そ
		職	亡	意	動	他

会員番号			

氏名	退会年月日	退会理由				
フリガナ	年 月 末日	1	2	3	4	5
		退	死	任	異	そ
		職	亡	意	動	他

会員番号			

氏名	退会年月日	退会理由				
フリガナ	年 月 末日	1	2	3	4	5
		退	死	任	異	そ
		職	亡	意	動	他

会員番号			

氏名	退会年月日	退会理由				
フリガナ	年 月 末日	1	2	3	4	5
		退	死	任	異	そ
		職	亡	意	動	他

会員番号			

氏名	退会年月日	退会理由				
フリガナ	年 月 末日	1	2	3	4	5
		退	死	任	異	そ
		職	亡	意	動	他

【注意】1. 退会者の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