

**FAX 不可**

**毎月10日必着**

# 会員退会届

年 月 日  
 受 付

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター  
 理 事 長 様

請 求 者	事業所名	事業所番号					
	所在地						
	電話番号						今回の退会者数
	事業主名 (代表者氏名)	(印)					人

No.	会員番号	氏 名	退 会 理 由	<p><b>※注</b>                  詳細は下の日にか                  太基を                  枠内と                  をして                  覧く                  ださ                  さい。                  退職日                  にか                  事務                  局に                  書類                  が</p>
1			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
2			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
3			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
4			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
5			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
6			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
7			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
8			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
9			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
10			1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	

※毎月10日必着分は前月末退会、11日以降到着分は当月末退会とします。  
 ※届出は郵送(〒860-0862熊本市中央区黒髪3-3-12)または窓口へ(FAX不可)  
 (注1) 会員証を添付してください。  
 (注2) 事業所退会の場合はふれあう共済事務局へご連絡ください。