

FAX不可 毎月10日必着

平成 年 月 日

会員退会届

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター
理 事 長 様

受 付

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 合計	
	事業主名	(印)			人	

No.	会員番号	氏 名	退 会 理 由	備 考
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。
 ※届出は郵送又は窓口へ（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。