

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 (代表者氏名)	(印)				人

No.	会員番号	氏 名	退 会 理 由
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

※注
 退
職
日
に
か
か
わ
ら
ず
事
務
局
に
書
類
が
 下
日
に
か
か
わ
ら
ず
事
務
局
に
書
類
が
 太
基
か
わ
ら
ず
事
務
局
に
書
類
が
 内
を
ご
覧
く
だ
さ
い。
 詳
細
い
は
た
日
に
か
か
わ
ら
ず
事
務
局
に
書
類
が

※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。