

**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
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**  
 退会届は、退会日にか  
 かわらず、事務所に書  
 類が下りた日を基とし  
 て、太枠内をくまなく  
 詳細に記入してください。

※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。