

# 退 会 届

年 月 日

(一財)大里地域勤労者福祉サービスセンター理事長 あて

事業所番号 

0				
---	--	--	--	--

事業所名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

下記のとおり、(一財)大里地域勤労者福祉サービスセンターを  一部  全部 退会します。

会 員 番 号				氏 名	退会理由 (該当する番号に○印をお付けください。)			
0			-		1 任意 退会	2 退職	3 死亡	4 その他 ( )
			-		1 任意 退会	2 退職	3 死亡	4 その他 ( )
			-		1 任意 退会	2 退職	3 死亡	4 その他 ( )

退会理由 (該当する番号に○印をお付けください。) 1 任意退会 2 退職 3 死亡 4 その他 ( )

【注】 事業所(全員)退会の場合は、上記 **太枠** 内の記載は必要ありません。退会理由のみ○印をお付けください。  
当サービスセンターが、退会届を受理した日を退会日とさせていただきますので、ご了承ください。  
また、会員証も併せてご返却ください。

受 付 印