

# 退 会 届

年 月 日

(一財) 米子市勤労者福祉サービスセンター 様

事業所番号				
-------	--	--	--	--

所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり米子市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	事由発生日	退会理由	会員証の有無
		年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. 任意	有・無
		年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. 任意	有・無
		年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. 任意	有・無
		年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. 任意	有・無
		年 月 日	1. 退職 2. 死亡 3. 任意	有・無

処 理	局 長	合 議	担 当	入 力

受 付 印