

退 会 届

〈あて先〉

公益財団法人静岡市勤労者福祉サービスセンター
理事長

事業所番号

--	--	--	--	--

郵便番号

所在地

事業所名

代表者名

㊟

公益財団法人静岡市勤労者福祉サービスセンターを退会したいので、下記のとおり届け出ます。

記

退会者 合計 _____ 名

個人 番号	氏名	退会理由 ※必須 1~5のいずれかに○を付してください。1~4の場合は 事由発生日、5の場合は理由を記入してください。	返却書類		備考
			会員証	共通割引 利用券の残り	
		1 廃業・2 退職・3 事業所の市外移転・4 死亡 事由発生日 年 月 日	有・無	有・無	
		5 その他（理由 _____）			
		1 廃業・2 退職・3 事業所の市外移転・4 死亡 事由発生日 年 月 日	有・無	有・無	
		5 その他（理由 _____）			
		1 廃業・2 退職・3 事業所の市外移転・4 死亡 事由発生日 年 月 日	有・無	有・無	
		5 その他（理由 _____）			
		1 廃業・2 退職・3 事業所の市外移転・4 死亡 事由発生日 年 月 日	有・無	有・無	
		5 その他（理由 _____）			
		1 廃業・2 退職・3 事業所の市外移転・4 死亡 事由発生日 年 月 日	有・無	有・無	
		5 その他（理由 _____）			

注1 個人番号は、会員番号の下3桁を記入してください。

注2 退会理由が「5その他」の場合は、この退会届がサービスセンターに到達した日の属する月の末日が退会日となります。

※サービスセンター処理欄

受付印