

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

1. 退会者 合計 _____ 名

個人番号	氏名	退会理由 ※必須	返却書類		備考
		退会日（退職日他）	会員証	共通割引 利用券の 残り	
		1 廃業 2 退職 3 その他(理由)	有・無	有・無	
		年 月 日			
		1 廃業 2 退職 3 その他(理由)	有・無	有・無	
		年 月 日			
		1 廃業 2 退職 3 その他(理由)	有・無	有・無	
		年 月 日			
		1 廃業 2 退職 3 その他(理由)	有・無	有・無	
		年 月 日			
		1 廃業 2 退職 3 その他(理由)	有・無	有・無	
		年 月 日			
		1 廃業 2 退職 3 その他(理由)	有・無	有・無	
		年 月 日			

(注) 個人番号は、会員番号の下3桁を記入してください。