

退 会 届

年 月 日

公益社団法人

墨田区勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名

代表者名

(個人会員の場合は会員名)



下記のとおり、公益社団法人墨田区勤労者福祉サービスセンターを 年 月 日をもって退会（1. 一部、2. 全員）しますので、会員証を添えてお届けします。

記

会員番号	氏名	退会理由	備考
		1・2 3・4	退会理由 1. 退職 (廃業) 2. 死亡 3. 任意 4. 移転
		1・2 3・4	
		1・2 3・4	
		1・2 3・4	
		1・2 3・4	
		1・2 3・4	

注) 全員退会の場合は退会理由の番号のみ○で囲んでください。会員番号・氏名等個別に記載する必要はありません。

受付印

受付印

局長 次長 担当 入力

--	--	--	--

