

# 退 会 届

西暦 年 月 日

公益社団法人  
八王子市勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

事業所名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

下記のとおり、公益社団法人八王子市勤労者福祉サービスセンターからの退会を届けます。

該当する番号に○印をつけてください。	1、会員の一部退会	2、事業所退会 理由 ( )
--------------------	-----------	----------------

※ 会員の一部退会の場合のみ下欄をご記入ください。

会 員 番 号	退 会 者 氏 名	退会理由 (○印又は理由をお書きください。)
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(西暦 年 月 日) 3、その他( )

理事長	専務理事	事務局長	係	確認	入力	受付者

受付日

