

# 退 会 届

平成 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お届けいたします。

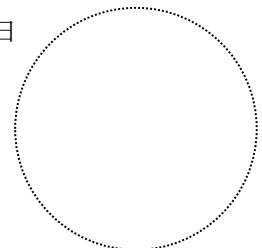
該当する番号に○印をつけてください。	1、会員の一部退会	2、事業所退会 理由 ( )
--------------------	-----------	----------------

※ 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(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(年月日) 3、その他( )
		1、退職 2、死亡(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



( 事業所→公益社団法人八王子市勤労者福祉サービスセンター事務局 )