

公益財団法人静岡市勤労者福祉サービスセンター

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

書類作成者氏名

連絡先

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 5. その他（理由 ）	有・無	有・無	
		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 5. その他（理由 ）	有・無	有・無	
		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 5. その他（理由 ）	有・無	有・無	
		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 5. その他（理由 ）	有・無	有・無	
		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 5. その他（理由 ）	有・無	有・無	

注1 個人番号は、会員番号の下4桁（会員番号が8桁の方は、0と下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