

退 会 届

平成 年 月 日

公益財団法人東村山市勤労者福祉
サービスセンター 理事長 様

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名

代表者名

印

下記のとおり（財）東村山市勤労者福祉サービスセンターを（一部・全員）退会します

会員番号	氏名	退会理由 (該当する項目に○をつけてください)	会員証	備考
		1. 退職 2. 本人死亡 3. その他	有・無	
		1. 退職 2. 本人死亡 3. その他	有・無	
		1. 退職 2. 本人死亡 3. その他	有・無	
		1. 退職 2. 本人死亡 3. その他	有・無	
		1. 退職 2. 本人死亡 3. その他	有・無	
		1. 退職 2. 本人死亡 3. その他	有・無	
		1. 退職 2. 本人死亡 3. その他	有・無	

※全員退会の場合は上記の記入の必要はありません

※会員証も提出してください。

		事務局長	主 査	係
--	--	------	-----	---

受付日	受付者
-----	-----

入力日
