

# 退 会 届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

一般財団法人 北見市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号	〇 〇 〇 〇	代表者職氏名	代表取締役 北見 二郎 印
事業所名	有限会社 キタミ	連絡先電話番号	☎ 0157(〇〇)〇〇〇〇

下記のとおり、（一財）北見市勤労者福祉サービスセンターを（一部・**全部**）の者が退会しますので、会員証を添えてお届けいたします。なお、会員証を紛失した場合は、発見次第早急に返還いたします。

1 事業所の一部会員が退会します。（事業所の全会員が退会する場合は、2へ）

個人番号	氏 名	退会年月日	退会理由	会員証返却
		令和 年 月 日	1 退職 2 死亡 3 任意 4 その他 ( )	済・未 ( )
		令和 年 月 日	1 退職 2 死亡 3 任意 4 その他 ( )	済・未 ( )
		令和 年 月 日	1 退職 2 死亡 3 任意 4 その他 ( )	済・未 ( )
		令和 年 月 日	1 退職 2 死亡 3 任意 4 その他 ( )	済・未 ( )
		令和 年 月 日	1 退職 2 死亡 3 任意 4 その他 ( )	済・未 ( )
		令和 年 月 日	1 退職 2 死亡 3 任意 4 その他 ( )	済・未 ( )
		令和 年 月 日	1 退職 2 死亡 3 任意 4 その他 ( )	済・未 ( )

**2** 事業所の全員が退会します。

退会年月日	退会人数	退会理由	会員証返却
令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇人	1 退職 2 代表者死亡 3 任意 <b>4</b> 解散・廃業 5 その他 ( )	<b>済</b> ・未 ( )
解散・廃業等で退会される場合で、連絡先等が現在登録されている場所と異なるときは、新しい連絡先を右の欄に記入してください。		〒090-0040 ☎ 0157-〇〇-〇〇〇〇 <b>北見市〇〇町〇〇丁目〇番地</b>	

※退会者の会員証を添えてください。

（会員証を紛失した場合は、会員証返却欄の「未」を〇印で囲み（紛失）とご記入ください）

上記のとおり、（一財）北見市勤労者福祉サービスセンターの（一部・全部）退会を受けました。

事務局長	課 長	係 長	入 力

給付請求	有	無
会 員 証	回収	未回収

受付年月日