

退 会 届

平成 年 月 日

(公財) 鹿沼市勤労者福祉共済会 理 事 長 様

事業所番号 _____

事業所名 _____

事業主名 _____ ⑩

電 話 _____ - _____

次の会員が、(公財)鹿沼市勤労者福祉共済会を退会しますので、届出いたします。

| 会員番号 | 氏 名 | 退会年月日 | 退会理由 | 会員証の 返却の有無 |
|------|-----|-------|------|---------------|
| | | ・ ・ | | 有 ・ 無 |
| | | ・ ・ | | 有 ・ 無 |
| | | ・ ・ | | 有 ・ 無 |
| | | ・ ・ | | 有 ・ 無 |
| | | ・ ・ | | 有 ・ 無 |
| | | ・ ・ | | 有 ・ 無 |
| | | ・ ・ | | 有 ・ 無 |

※会員証は、必ず退会日までに事務局へ返却してください。

※ 以下は、記入不要です。

| 理 事 長 | 常務理事 | 事務局長 | 担 当 |
|-------|------|------|-----|
| | | | |

| 受 付 印 |
|-------|
| |