

退 会 届

年 月 日

(公財) 鹿沼市勤労者福祉共済会 理 事 長 宛

事業所番号 _____

事業所名 _____

事業主名 _____

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、届け出ます。

会員番号	会員氏名	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