

退 会 届

公益財団法人高知勤労者福祉サービスセンター理事長 様

平成 年 月 日

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

事業所名

代表者氏名



下記のとおり、公益財団法人高知勤労者福祉サービスセンターを、平成 年 月 日をもって（一部・全員）退会したいので、会員証を添えてお届けいたします。

全員退会の場合の理由 (該当のものに○)	1. 事業所廃止	2. 独自制度を作った	3. メリットがない
	4. 経費削減	5. その他 ()	

※全員退会の場合は、下記の記載は必要ありません。

会員番号	氏名	退会理由 (該当のものに○)	備考
		1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
		1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
		1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
		1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	
		1. 退職 2. 死亡 3. 任意 4. その他	

事務局 使用欄

決 済	事務局長	次長	係	係	係	台帳	入力

受 付 日
平成 年 月 日