

# 退 会 届

年 月 日

公益財団法人  
長岡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

\_\_\_\_\_

下記のとおり、公益財団法人 長岡市勤労者福祉サービスセンターを  
退会いたします。

一 部 (個人単位)  
全 部 (事業所単位)

## 記

会 員 番 号	会 員 氏 名	退 会 日	退 会 理 由	会 員 証 返 却
			1. 退職 2. 死亡 3. 移転 4. 廃業 5. 他 _____	
			1. 退職 2. 死亡 3. 移転 4. 廃業 5. 他 _____	
			1. 退職 2. 死亡 3. 移転 4. 廃業 5. 他 _____	
			1. 退職 2. 死亡 3. 移転 4. 廃業 5. 他 _____	
			1. 退職 2. 死亡 3. 移転 4. 廃業 5. 他 _____	
			1. 退職 2. 死亡 3. 移転 4. 廃業 5. 他 _____	
			1. 退職 2. 死亡 3. 移転 4. 廃業 5. 他 _____	

(注)死亡の場合、死亡弔慰金請求も一緒に提出してください。

会員証を返却送付してください。

毎月25日(到着分)までに提出されませんと退会が翌月となります。

(25日が土・日・祝日の場合はその翌日)

(注) ボールペンで記入してください。

局 長	課 長	担 当

受 付 印