

退 会 届

年 月 日

(一財)長崎市勤労者サービスセンター 理事長 様

事業所番号					
-------	--	--	--	--	--

事業所名

代表者名	(印) 代表者印又は 代表者の私印
------	----------------------

現従業員数 (役員も含む)	人
------------------	---

センター受付日

下記のとおり、(一財)長崎市勤労者サービスセンターを 一部 (会 員) 退会いたします。
全部 (事業所)

会員番号	会 員 氏 名	退会理由(該当する項目に○をつけてください)	会員証
		退職 死亡 任意 転勤 事業所区外移転 事業所閉鎖 その他()	返却 紛失
		退職 死亡 任意 転勤 事業所区外移転 事業所閉鎖 その他()	返却 紛失
		退職 死亡 任意 転勤 事業所区外移転 事業所閉鎖 その他()	返却 紛失
		退職 死亡 任意 転勤 事業所区外移転 事業所閉鎖 その他()	返却 紛失
		退職 死亡 任意 転勤 事業所区外移転 事業所閉鎖 その他()	返却 紛失

※会員証を必ず添付してください。センターで退会届を受付けた日が退会日となります。

会費は退会日の属する月まで、いただくことになります。

会員証紛失届・誓約書

会員証を紛失したのでお届けします。後日、会員証が見つかった場合は直ちに返却します。
退会後は会員証を使用しないことを誓約します。

会員氏名	印	代理の場合 代表者氏名	印
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

局 長	次 長	経 理 員	係 員