

退会届

年 月 日

公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社 理事長 殿

事業所番号 _____

事業所名 _____

代表者氏名 _____ 印

年 月 日をもって

下記のとおり、公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社を(一部・全部)退会いたします。

※太枠内をご記入ください。

| 会員番号 | 会員氏名 | 退会年月日 | 退会事由 | | | 入会年月日 |
|------|------|-------|-------------|-------------|-------------|-------|
| - | | 年 | 1 退 職 | 2 死 亡 | 3 任 意 | 年 |
| | | 月 日 | | | | 月 日 |
| - | | 年 | 1 退 職 | 2 死 亡 | 3 任 意 | 年 |
| | | 月 日 | | | | 月 日 |
| - | | 年 | 1 退 職 | 2 死 亡 | 3 任 意 | 年 |
| | | 月 日 | | | | 月 日 |
| - | | 年 | 1 退 職 | 2 死 亡 | 3 任 意 | 年 |
| | | 月 日 | | | | 月 日 |
| - | | 年 | 1 退 職 | 2 死 亡 | 3 任 意 | 年 |
| | | 月 日 | | | | 月 日 |
| - | | 年 | 1 退 職 | 2 死 亡 | 3 任 意 | 年 |
| | | 月 日 | | | | 月 日 |

◆任意退会の場合は、該当する理由に○を付けてください。

1. 区外に転出 2. 会費が負担 3. 忙しい 4. 利用したいサービスがない
5. 来所が負担 6. 他の福利厚生サービスに切り替える
7. その他()

注意 1. 事業所全部退会の場合には氏名の記入は不要です。

2. 退会者の会員証も添えてください。

| 局長 | 主任 | 担当 | 受付 |
|----|----|----|----|
| | | | |

受
付
印

| |
|--|
| |
|--|