

# 退会届兼退会同意書

(公財)新潟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 \_\_\_\_\_ 印

事務担当者名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、新潟市勤労者福祉サービスセンターを {  
 ・一部 退会いたします。 (該当に○を付けてください)  
 ・全員 退会いたします。

\*この届出は、退職日より5日以内に提出してください。(FAXで受付可/郵送による届出も提出期限は同じ)

\*退会の手続は月単位です。書類到着日の月末での退会となります。

ただし、一部会員の退会の場合、5日(必着)までに提出いただければ、前月末退会として処理できます。

\*全員退会(事業所一括退会)の場合は、氏名欄の右の確認印の欄に個人印を押印願います。(会員の3/4以上が必要)

\*退会者の会員証は翌月10日までに郵送でご返却ください。返却できない場合は( )に理由をお書きください。

会員番号	フリガナ 会員氏名	退会 同意 確認印	退会日	退会理由	会員証回収
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )
		印	平成・ 年 月 末日	1.退職 2.死亡 3.他 ( )	有・無 ( )

シ  
イ  
使  
用  
欄

事務局長	次 長	係 長	担 当

※退会届兼退会同意書はB5サイズです。