

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
 FAX 025-201-6117

様式
11

退会届

(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

事業所TEL _____

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。

*退会者の会員証は翌月末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	退会日	退会理由	会員証回収
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()
		令和 年 月 日	1.退職 2.死亡 3.廃業 4.異動 5.他 ()	有・無 ()

※退会届はB5サイズです。