

※FAXされた場合は、後日必ず原本を事務局までご送付ください。

郵送

退 会 届

平成 年 月 日

(公財)堺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	⑧								
担当者名									
電話番号									

次のとおり、公益財団法人堺市勤労者福祉サービスセンターを退会します。

	会員番号	会員氏名	退職年月日	退会理由 (*を記入)	*会員証	*SCKチケット	*SCK退会承認日	*還付月数/還付金額
1			年 月 日	退職	1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	...	ヶ月 円
2			年 月 日	退職	1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	...	ヶ月 円
3			年 月 日	退職	1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	...	ヶ月 円
4			年 月 日	退職	1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	...	ヶ月 円
5			年 月 日	退職	1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	...	ヶ月 円

太枠内をご記入ください。

※ 会員が退会する場合、本書の他に会員証、SCKチケットを必ずご返却ください。

※ご記入いただいた個人情報、SCK事業の目的以外には利用いたしません。

確認2	確認1	担当	入力

*サービスセンター受付印