

# 退 会 届

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							㊟
事務担当者名							
電話番号							

次の会員が公益財団法人堺市勤労者福祉サービスセンターを退会するので届け出ます。

No.	会員番号				会員氏名	退会年月	退会理由 (該当欄に✓)			会員証	SCK記入欄	還付月数/金額
	1	2	3	4			退職	死亡	その他			
1					R 年 月	退職	死亡	その他	1 返却 2 紛失	R 年 月	ケ月 円	
						退職	死亡	その他				
						退職	死亡	その他				
2					R 年 月	退職	死亡	その他	1 返却 2 紛失	R 年 月	ケ月 円	
						退職	死亡	その他				
						退職	死亡	その他				
3					R 年 月	退職	死亡	その他	1 返却 2 紛失	R 年 月	ケ月 円	
						退職	死亡	その他				
						退職	死亡	その他				
4					R 年 月	退職	死亡	その他	1 返却 2 紛失	R 年 月	ケ月 円	
						退職	死亡	その他				
						退職	死亡	その他				
5					R 年 月	退職	死亡	その他	1 返却 2 紛失	R 年 月	ケ月 円	
						退職	死亡	その他				
						退職	死亡	その他				

※太枠内をご記入ください。

※退会する方の会員証を必ずご返却ください。

※ご記入いただいた個人情報は、SCK事業の目的以外に使用いたしません。

確認2   確認1   担当   入力  
        

サービスセンター受付印