

※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

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							印
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	退会年月日	退会理由 (該当理由に○印)			会員証	SCKチケット	*SCK退会承認日	*還付月数/還付金額
				退職	死亡	その他				
1			年 月 日				1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	年 月 日	ヶ月 円
2			年 月 日				1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	年 月 日	ヶ月 円
3			年 月 日				1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	年 月 日	ヶ月 円
4			年 月 日				1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	年 月 日	ヶ月 円
5			年 月 日				1 返却 2 紛失	1 返却 2 紛失	年 月 日	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は、SCK事業の目的以外には利用いたしません。

*サービスセンター受付印

確認2	確認1	担当	入力