

退 会 届

平成 年 月 日

(一財) 水戸市勤労者福祉
サービスセンター理事長 様

事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	
代表者名	(印)

(一財)水戸市勤労者福祉サービスセンターを、次の者が退会しますので、届出いたします。

(1. 会員全員 2. 会員一部)

会員番号	氏 名	退会年月日	退会理由	会員証の 返却の有無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無

※会員証は必ず事務局へ返却してください。