

# 退 会 届

令和 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。