

退会届

年 月 日

公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社 理事長殿

事業所番号

事業所名

代表者氏名

㊤

年 月 日をもって

下記のとおり、公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社（一部・全部）退会いたします。

※太枠内をご記入ください。

会員番号	会員氏名	退会年月日	退会事由			入会年月日
-		年	1 退 職	2 死 亡	3 任 意	年
		月 日				月 日
-		年	1 退 職	2 死 亡	3 任 意	年
		月 日				月 日
-		年	1 退 職	2 死 亡	3 任 意	年
		月 日				月 日
-		年	1 退 職	2 死 亡	3 任 意	年
		月 日				月 日
-		年	1 退 職	2 死 亡	3 任 意	年
		月 日				月 日

※任意退会の場合は、該当する理由に○をつけてください。

1. 区外に転出 2. 会費が負担 3. 忙しい 4. 利用したいサービスがない
5. 来所が負担 6. 他の福利厚生サービスに切り替える
7. その他 ()

注意 1. 事業所全部退会の場合は、氏名の記入は不要です。

2. 退会者の会員証、未使用の補助券も返却してください。

局長	次長	確認	受付

受付印

--