

退 会 届 (FAX不可)

令和 年 月 日

太田市勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

事業所番号				
事業所名	印			
代表者名				

下記のとおり太田市勤労者福祉サービスセンターを

一 部
全 員

(_____ 名)

退会します。

※退会届を受理した日を退会日とさせていただき、退会日より会員資格は一切失われます。
提出前に受けられるサービス(給付等)があるかご確認ください。

退会者名記入欄

会員番号	会員氏名	退会理由
	(フリガナ)	1.退職 2.死亡 3.移転 4.その他
	(フリガナ)	1.退職 2.死亡 3.移転 4.その他
	(フリガナ)	1.退職 2.死亡 3.移転 4.その他
	(フリガナ)	1.退職 2.死亡 3.移転 4.その他
	(フリガナ)	1.退職 2.死亡 3.移転 4.その他

※会員証とTDLコーポレートプログラム券をご返却下さい。

退会受理日: 令和 年 月 日

受 付 印

事務局長	次 長	係 長	入 力	合 議

受 付 印