

※コピーしてお使いください。

平成 年 月 日

退 会 届

一般財団法人福島市中小企業福祉サービスセンター 理事長

事業所番号

--	--	--	--

※会員番号の上4桁です。

事業所名

代 表 者 名

印

または会員氏名

スタンプ印不可

下記のとおり、(一財)福島市中小企業福祉サービスセンターを(事業所全員 ・ 一部)退会します。

※退会者の会員証を添えてください。

※「*」の欄は、事務局の記入欄です。

※退会手続きは、毎月25日(休業日の場合は前営業日)までに受理されたものが、その月の月末退会となります。

会員番号	会員氏名	退会理由	会員証	* 加入日	* 退会日
	フリガナ	1. 退職 2. 任意 3. 死亡	添付 ・ 紛失	昭和・平成	平成
	フリガナ	1. 退職 2. 任意 3. 死亡	添付 ・ 紛失	昭和・平成	平成
	フリガナ	1. 退職 2. 任意 3. 死亡	添付 ・ 紛失	昭和・平成	平成
	フリガナ	1. 退職 2. 任意 3. 死亡	添付 ・ 紛失	昭和・平成	平成
	フリガナ	1. 退職 2. 任意 3. 死亡	添付 ・ 紛失	昭和・平成	平成
	フリガナ	1. 退職 2. 任意 3. 死亡	添付 ・ 紛失	昭和・平成	平成

理事長	業務執行理事	事務局長	事務局員	担当者
	○	○		

受付日	入力日

ご提出は、えふ・サポート窓口 directly または郵送で