

当方から受理済みの連絡はしませんので、気になる場合は電話でご確認ください。

FAX042-720-2242

Machida Employee's Welfare Service Center



# 退 会 届

提出日 20 年 月 日

一般財団法人 町田市勤労者福祉サービスセンター  
理 事 長 様

事業所名

一般財団法人町田市勤労者福祉サービスセンターを

代表者名

次の会員は **20 年 月 日** 付け  
をもって退会いたしたいのでお届けします。

記入者名

電話番号

注) 提出日前の退会日を指定することはできません。

注) 会費は3カ月を1期※としているため、その期の途中で退会されても、会費はご返金できません。※4月～6月/7月～9月/10月～12月/1月～3月  
ただし、会費残存期間中に入会者がいる場合、その入会日以降の会費は新入会者分として引き継ぐことができます。

注) **会費の残存期間があっても、退会日後は全てのサービスを受けられません。**  
(在会中発生した本人死亡以外の給付金申請は、退会前にご申請ください。詳しくはお問合せください。)

事業所番号	会員番号	氏名	退会理由
			<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 経費削減 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> その他 ( )
			<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 経費削減 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> その他 ( )
			<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 経費削減 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> その他 ( )
			<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 経費削減 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> その他 ( )
			<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 経費削減 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> その他 ( )
			<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 経費削減 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> その他 ( )
			<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 経費削減 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> その他 ( )

※同じグループの別の加入事業所へ異動される場合は、この用紙ではなく「異動届」にご記入ください。(用紙をお持ちでない場合はご連絡ください)原則、異動先の事業所に入会金は請求いたしません。

事務局記入欄 ※記入不要

入 力 日
年 月 日

係	主査	事務局次長	事務局長
決裁年月日		年	月 日