

# 事業所・一部 脱会届

年 月 日

(一財) 塩尻筑南勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所名	
代表者名	
(印)	
電話番号 (	- - )
Fax 番号 (	- - )
事業所番号	

下記のとおり、一般財団法人塩尻筑南勤労者福祉サービスセンターを 一部 (会員) 脱会いたします。  
 全部 (事業所)

会 員 氏 名	※脱会理由	会員証の有無	会員番号
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	
		返却 ・ 紛失	

※ 脱会理由は、下記より選択して番号を記入してください。

脱会理由      1. 退職          2. 死亡          3. 任意          4. 転勤          5. 事業所閉鎖          6. 移籍

- (注) 1. 退会日は、届を事務局が受理した日の月末です。  
 届出が遅れると会費を徴収することになりますので、お早めに提出をお願いします。  
 2. 脱会届の提出と併せて会員証の返却をお願いします。  
 3. 死亡の場合、本人死亡・共済保険金請求の手続きが必要となります。  
 用紙は、ハピネスセンター事務局にありますので、お問い合わせください。

事務局記入欄	脱会年月日	区 分	備 考
		事業所脱会 会員脱会 移 籍	

事 務 局	事務局長	総務理事	処 理 欄