

公益財団法人 川越市勤労者福祉サービスセンター退会(資格喪失)届

事業所名		代表者名		⑩		年 月 日提出				
				電話番号						
						連絡担当者名				
<input type="checkbox"/> 次の従業員が退会(資格喪失)しますのでお届けします。										
	会 員 番 号	会 員 氏 名	退会事由発生日			退 会 理 由				
1	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
2	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
3	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
4	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
5	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
6	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
7	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
8	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
9	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
10	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
11	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
12	-		平成・西暦	年	月	日	1. 退職	2. 休業	3. 死亡	4. その他
事業所番号					※ 本届出をFAXで送信された場合、サービスセンターでは受領後、確認の電話を入れさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。					

ご記入いただいた個人情報は、当該会員の退会処理以外には利用いたしません。

送付先FAX番号 049-225-5440

退会年月日	年 月 日
-------	-------

	会 員 番 号	会 員 氏 名	退 会 事 由 発 生 日	退 会 理 由
13	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
14	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
15	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
16	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
17	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
17	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
19	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
20	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
21	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
22	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
23	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
24	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
25	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
26	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
27	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
28	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
29	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他
30	—		平成・西暦 年 月 日	1. 退職 2. 休業 3. 死亡 4. その他

ご記入いただいた個人情報、当該会員の退会処理以外には利用いたしません。