

※コピーしてご使用下さい。
必要事項をご記入の上、サービスセンター
事務局まで郵送又は持参してください。

(一財)いわき市勤労者福祉サービスセンター
〒970-8026
平字堂ノ前22 いわき市労働福祉会館 1階
TEL 35-6844 FAX 35-6845

平成 年 月 日

(一財)いわき市勤労者福祉サービスセンター 行

脱 会 届

会員番号	—	事業所名	
会員氏名		⑩ 生年月日	

記

脱会理由

1. 退 職
2. 死 亡
3. 転 勤
4. 事業所都合
5. その他 ()

上記の理由で (一財)いわき市勤労者福祉サービスセンターを
脱会いたします。

※会員証を必ず添えてください。

※脱会の受付は毎月20日必着 (土・日・祝日のときは前営業日) となっております。

※20日まで受け付けた分は翌月からの退会となります。

※前納分の会費は返金となります。