

会員資格喪失届

平成 年 月 日

(公財)新発田市勤労者福祉
サービスセンター理事長 様

事業所番号
(会員証番号左5ケタ)

--	--	--	--	--

事業所名

代表者名

	印
--	---

下記のとおり、(公財)新発田市勤労者福祉サービスセンターの会員 一部
全員 (名)
の資格を喪失いたしましたので、会員証を添えてお届けいたします。

記

会 員 番 号	氏 名	事 由	喪 失 年 月 日	会 員 証
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無
		退職・退会・死亡	平成 年 月 日	有・無

(注) ・月末に退職がある場合、届け出が翌月になりますと翌月分の会費も徴収の対象となります。
 あらかじめ退職日がわかっている場合は退職前に受付いたします。
 ・会員証は必ず返却してください。

事務局長	職 員	処 理