

(様式第4号)

契約対象職員退会届

※各欄の太枠内のみご記入ください。

社会福祉法人 福利厚生センター理事長 殿
次のとおり契約対象職員が退会したのでお届けします。

記入年月日	年 月 日
記入者	電話番号 - -

都道府県コード	契約者コード	福利厚生契約者	氏名若しくは名称及び代表者名 ※法人の場合は法人名及び代表者名をご記入ください
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
↑ 契約証書で確認してご記入ください。			

事業所名	
------	--

職員氏名		会員番号 〔会員証の番号の末尾 6桁をご記入ください〕	退会年月日 (西暦年月日)	退会理由
1	フリガナ 漢字	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	①退職等 ②死亡
2	フリガナ 漢字	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	①退職等 ②死亡
3	フリガナ 漢字	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	①退職等 ②死亡
4	フリガナ 漢字	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	①退職等 ②死亡
5	フリガナ 漢字	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	①退職等 ②死亡

※会員証を喪失した場合には、下の欄に職員氏名を記入して下さい。

1	会員証喪失者 職員氏名	_____
2	会員証喪失者 職員氏名	_____
3	会員証喪失者 職員氏名	_____
4	会員証喪失者 職員氏名	_____
5	会員証喪失者 職員氏名	_____

受付日付印	
福利厚生センター	インプット
<input type="text"/>	<input type="text"/>