

平成 年 月 日

中讃勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

所在地

事業所名

---

代表者氏名

---

印

## 中讃勤労者福祉サービスセンター会員資格喪失届

次のとおり、中讃勤労者福祉サービスセンターの会員の資格を喪失したので、会員証を 枚を添えてお届けします。

会員番号	氏名	退会年月日	理由
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	

記載事項については、中讃勤労者福祉サービスセンターの事務以外には一切使用いたしません。