

退 会 届

受付日付印

年 月 日

茨城県民間社会福祉事業従事者互助会 様

加入施設 団体番号	
施設・団体の 名称及び 氏 名	

下記の者が退会いたしますのでお届けいたします。

記

職員番号	氏 名	会員となった 年 月 日	退 会 年 月 日	退 会 の 理 由	備 考

注 1部控とし、本会に1部提出して下さい。

台帳登録 年月日	年 月 日	係員
-------------	-------	----