

※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。

(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  
(財)いわき市勤労者福祉サービスセンター 御中

## 脱 会 届

会員番号	—	事業所名		会員氏名	印
生 年 月 日	年			月	日

## 記

### 退会理由

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

※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。