（様式第５号①）

互助会受付印

法　人　退　会　届

令和　　年　　月　　日

島根県民間社会福祉事業従事者互助会理事長　様

下記のとおり退会を届出、様式第５号②を添えて退会給付金を請求します。

施設・団体番号	―		
法　人　名　称			㊞
代表者職名・氏名			
所　在　地	〒　　―		
対象事業所 ※事業所ごとの登録をされている場合にご記入ください。	施設・団体番号	事業所名称	
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		
	―		