

一般財団法人 島根県社会保険協会 あて

退 会 申 出 書

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

下記のとおり一般財団法人島根県社会保険協会を退会します。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	®
電話番号	
事業所記号	— (記入例：01-いろは、松-いろは、01ABC)

FAX 送信先：0852-27-5068

一般財団法人 島根県社会保険協会