

常務理事	局長	局次長	係員	

施設・団体契約解除届

記入日 西暦 年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会 会長
千葉県社会福祉事業共助会退職共済規程を承諾のうえ、下記のとおり、施設・団体契約の解除を届出します。

【施設・団体契約解除にあたっての確認事項】

*以下、確認のうえ、レ点チェックしてご提出ください。チェックがない場合、受付できません。

- この届出は、施設・団体の事業廃止、統合などの理由により加入者が0人の状態となったため、提出します。(加入者が存在している場合には、提出できません。)

共 済 契 約 者 (法 人)			
法人名			法人代表者印(公印)
代表者職種		代表者氏名	

施設番号			
施設・団体名カナ			施設代表者印(公印)
施設・団体名漢字			
代表者職種		代表者氏名	

【施設・団体所在地】

郵便番号			
住所			
電話番号		FAX番号	

※ 解除申請後も、ID・パスワードの管理を怠った場合の情報漏洩などについては、共助会は一切の責任を負いかねます。

※ この届出は、遡って申請することはできません。