

退 会 届

当事業所は、一般財団法人高知県社会保険協会を退会いたします。

事業所記号	-	事業所番号	
事業所所在地	〒 -		
事業所名称	(フリガナ)		
事業主氏名	Ⓜ		
電話番号	()	-	
FAX番号	()	-	
退会理由			

年 月 日

一般財団法人高知県社会保険協会 殿

F A X 088-855-6613

※この申込書に係る会員の情報は、適切に管理し当協会の事業目的以外には使用いたしません。