

退 会 届

当事業所は、一般財団法人山口県社会保険協会を退会します。

平成 年 月 日

一般財団法人 山口県社会保険協会長 殿

事業所郵便番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

事業所所在地

(フリガナ)
事業所名称

事業主氏名

㊞

事業所記号	
事業所番号	
被保険者数	人
事業所電話番号	()

※この申込書に係る会員の情報は、適切に管理し、当協会の事業目的のみに利用させていただきます。