

# 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。

令和 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    -

事業所所在地

(フリガナ)

事業所名称

事業主氏名

印

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にのみ利用させていただきます。