

会 員 取 消 届

平成 年 月 日

公益財団法人 大阪府中小企業勤労者福祉サービスセンター

理 事 長 殿

この度次の通り会員の登録を取消しますので会員証
を添えてお届けします。

なお、当該会員者についてのサービスセンターに関する
一切の債務は直ちに返済します。

企業番号

--	--	--	--

所在地

電話番号

企業名

代表者名

(印)

会員番号	フリガナ 氏 名	取消事由発生				取 消 事 由	カードの添付
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無
		平成	年	月	日		有・無

※ 取り消し事由はできるだけ具体的に記入してください。(例:退職・異動・死亡など)

【個人情報のお取扱いについて】

ご提出いただく書類の個人情報は、OCSセンターが実施する事業及びOCSセンターの事業に関する情報提供に使用させていただきます。