

事務局 宛て FAX 043-216-5602

令和 年 月 日

千葉県中小企業福利厚生協議会 御中

住 所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 退 会 届

この度、貴協議会を退会することといたしましたので、お届けします。