

様式第9号

休 会 解 除 届

平成 年 月 日

島田榛北勤労者福祉共済会会長 様

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名

代表者名

印

個人番号

--	--	--

(フリガナ)

会員氏名

次のとおり島田榛北勤労者福祉共済会の休会を解除したいので、届け出ます。

休会解除日 (復職)	平成 年 月 日
---------------	----------

注) 休会解除日は、各月の1日付で記入してください。

共済会事務局	決裁者	担当者	受付

整理No. _____