吹 田 市 勤 労 者 福 祉 共 済

脱　退　同　意　書

令和　　年　　月　　日

企　　業　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 表 者 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

吹田市勤労者福祉共済からの脱退に同意します。

被共済者番号	氏　　名	印※	被共済者番号	氏　　名	印※

※　氏名自筆の場合は押印不要です。

※　本共済で収集した個人情報は、吹田市勤労者福祉共済事業の目的以外には使用しません。