

退 会 届

当事業所は、一般財団法人広島県社会保険協会を退会いたします。

年 月 日

一般財団法人 広島県社会保険協会長 殿

事業所郵便番号 -

事業所所在地

事業所名称

事業主等氏名

印

事業所記号	
事業所番号	
被保険者数	人

*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。