

大阪府社会福祉事業団職員互助会 退会願

大阪府社会福祉事業団職員互助会からの退会を希望します。

大阪府社会福祉事業団職員互助会

会 長 様

令和 年 月 日

施 設 名 _____

職 員 番 号 _____

氏 名 _____

(契約職員 パートタイマー・アルバイト職員)

※どちらかに○をつけて下さい。