

清酒製造業退職金共済契約解除同意書

清酒製造業退職金共済事業本部 殿

令和 年 月 日

共済契約者番号

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|----------------|----|---|-------|--|--|--|--|--|--|-------|
| 申請者 (共済契約者) | 住所 | 〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | ご担当部署 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 名称・代表者名 | ◎ | ご担当者 | 役職・氏名 | | | | | | | |
| | | | 電話番号 | | | | | | | |
| | | | FAX番号 | | | | | | | |

上記共済契約者が清酒製造業退職金共済契約を解除することについて同意致します。

| No. | 同意する被共済者氏名 | 被共済者番号 | 同意印 |
|-----|------------|--------|-----|
| 1 | | - | |
| 2 | | - | |
| 3 | | - | |
| 4 | | - | |
| 5 | | - | |
| 6 | | - | |
| 7 | | - | |
| 8 | | - | |
| 9 | | - | |
| 10 | | - | |
| 11 | | - | |
| 12 | | - | |