

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	〒	[][][] - [][][][]	名称・氏名	ご担当者	ご担当部署
						役職・氏名
						電話番号
						FAX番号

下記のとおり、共済手帳に貼付した共済証紙の消印に使用する印章の印影をお届けします。

- (注意) 1 消印につきましては、事業主名および年月日が入ったものをご使用ください。
2 ゴム印、スタンプ等でも可。

消印の例

