様式　第　８－２　号　Ｓ５

ダウンロード専用用紙

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）			ご担当者	
	住所	〒　　－		ご担当部署
	名称			役職・氏名
	代表者			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。

	被共済者氏名	被共済者番号	備考
1		－	
2		－	
3		－	
4		－	
5		－	
6		－	
7		－	
8		－	
9		－	
10		－	

※備考欄に電子メール等同意の確認方法を記載すること

様式　第　８－２　号　Ｓ５