

加入者資格喪失通知書

事業所番号:〇〇〇
契約番号:10546

[illegible]

郵便番号 下〇〇〇-〇〇〇〇
事業所住所 〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇
事業所名所 〇〇〇〇〇
事業主氏名 〇〇〇 〇〇〇
電話番号 00-0000-0000

この通知書のことでわからないことがあるときは、当基金にお尋ねください。