（様式第４号）

長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

**退職手当積立契約解除申出書**

　社会福祉法人 長野県社会福祉協議会

　　会長　　　　　　　　　　　　 様

　当団体は、当団体に所属する積立基金加入職員の同意を得て、　　　　年　　月　　日

付をもって退職手当積立契約を解除したいので申し出ます。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

* 加入職員全員から同意書の認印を徴した「同意書」（様式第5号）を添付すること。