（様式第5号）

長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

**同　　　意　　　書**

　このたび、長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入の当団体が、次の事由により退職手当積立基金契約を解除することに同意します。

〔 事 由 〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加入職員番号 | 加入職員氏名 | 同意の印 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |