

# 脱 退 申 出 書

九州一人親方福祉協会 殿

私は、一人親方労災保険（第2種特別加入）を脱退致したく、ここにお願い申し上げます。

特別加入整理番号	No.
フリガナ	
特別加入者氏名	
生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
脱 退 年 月 日	令和 年 月 日

令和 年 月 日

事務担当	理 事
/	/

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印