

共済会廃業又は名義変更による記念給付申請書

廃業申請は、保健所提出の廃業届のコピーを添付

静岡県美容共済会様

支 部 名	
住 所	
美 容 所 名	
氏 名	
生 年 月 日	大 昭 平 年 月 日 (満 歳)
廃業又は名義 変更年月日	年 月 日
申請理由*	1. 加入後10年以上の会員が廃業する 2. 加入後10年以上の会員が名義変更する
名義変更による 新会員氏名	
生 年 月 日	(昭 和 平 成) 年 月 日 (満 歳)

* 死亡以外による申請手続きです。

年 月 日

上記により廃業又は名義変更記念品給付の申請をします。

申請者 印

支部長 印

組 合 入 力	1. 美容共済会 2. 認定委員会
------------------	----------------------

※	共済会加入年月日 (年 月 日 年間)	
共 済 会	1. 加入後10年以上の会員の廃業	
	2. 加入後10年以上の会員の名義変更	