

福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度

委託契約解除届

令和 年 月 日

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会会長 様

福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度の委託契約を解除いたしたく、下記のとおり届出いたします。

届出者 法人名
代表者名
法人所在地

公印

記

1 契約を解除する施設・団体

施設・団体の名称	
種 別	法人コード() 施設コード()
所 在 地	
T E L ・ F A X	
施設の代表者名	

2 契約解除理由

3 契約解除年月日

令和 年 月 日