

(様式 32 号)

年 月 日

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

【雇用主組合員入力欄】

届出人住所 〒

氏 名

電話番号 ( )

## 脱 退 届

次のとおり組合を脱退したので、規約第 10 条の規程に基づきお届けします。

記

1. 脱 退 す る 組 合 員 氏 名

2. 記 号・番 号 全歯 一

3. 加 入 年 月 日

4. 脱 退 予 定 年 月 日

5. 脱 退 す る 理 由

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。