

令和 年 月 日

JASPA 共 済  
(上乗せがん共済) のみ 脱退届

会 社 名 \_\_\_\_\_

代 表 者 名 \_\_\_\_\_ 印

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

所属団体名 (協同組合・協会等) \_\_\_\_\_

共済担当者名 \_\_\_\_\_