

令和 年 月 日

願付交付書證明失喪證失格資

公立学校共済組合岩手支部長 様

組合員番号	氏名
送付先住所	(〒 -) (TEL - -)

____のため必要ですので、下記の者に係る資格喪失証明書を交付願います。

記

氏名	生年月日		
	資格喪失日		
	昭和・平成・令和	年	月 日
	平成・令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	年	月 日
	平成・令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	年	月 日
	平成・令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	年	月 日
	平成・令和	年	月 日
	昭和・平成・令和	年	月 日
	平成・令和	年	月 日