

# 資 格 喪 失 届

年 月 日

公益社団法人越谷市シルバー人材センター理事長 宛

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

会員との続柄 \_\_\_\_\_

貴センターに会員登録していた下記の者が、定款第10条に定める下記項目に該当するため、公益社団法人越谷市シルバー人材センター会員としての資格を喪失するので、ここに届けます。

会員番号 \_\_\_\_\_

会員住所 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_

- 喪失理由
- 1 成年被後見人又は被保佐人になったため
  - 2 死亡したため  
死亡年月日 年 月 日  
死亡理由 \_\_\_\_\_
  - 3 失踪宣言を受けたため（裁判所の失踪宣言の確定を受けた）  
確定年月日 年 月 日
  - 4 越谷市に居住しなくなったため

会員証返却 有 無 （無の場合理由を記入してください）  
\_\_\_\_\_