

同 意 書

令和 年 月 日

一般財団法人地方競馬共済会理事長 殿

住 所

会員番号

氏 名

Ⓜ

私 \_\_\_\_\_ は、このたび貴共済会を脱会したことに伴い  
令和 年 月 日付で申請する脱会給付につきましては、一般財団法人地方競馬共済会  
給付規程第 24 条の規定に基づき脱会給付の金額が制限されることに同意いたします。

※この同意書に使用した印鑑の印鑑登録証明書を添付すること