

変 更 届

平成 年 月 日

公益財団法人
足立区勤労福祉サービスセンター宛

事業所番号(会員番号)

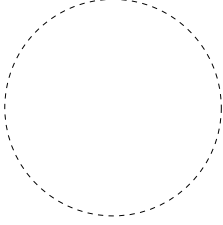
						—			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

事業所名

申請者名

下記の事項に変更が生じたのでお届けします。

記

変 更 事 項	<p>※該当の番号に○をつけてください。</p> <p>1. 事業所の名称 (変更後 ^{フリガナ})</p> <p>2. 事業所の所在地・電話番号 (下欄に記入してください。) (※事業所の所在地と会員の住所が同一の場合、5にも○を付けてください。)</p> <p>※1・2の変更の場合は、確認出来る書類を添付してください。</p>		
	<p>3. 代表者氏名 (変更後 ^{フリガナ})</p> <p>4. 会員の氏名 (変更後 ^{フリガナ})</p> <p>5. 会員の住所・電話番号 (下欄に記入してください。)</p> <p>6. 勤務先 (下欄に記入してください。)</p> <p>7. 会費口座振替金融機関及び、口座番号・名義人 (口座振替依頼書添付)</p> <p>8. その他 ()</p>		
住 所	〒	☎ ()	勤 務 先
<p>※2及びその他に該当する事項の詳細について記入してください。</p>			<p>受付印</p> 

※ご記入いただいた個人情報は、当該変更に係る処理以外には利用いたしません。