

変 更 届

公益財団法人
足立区勤労福祉サービスセンター宛

年 月 日

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	※該当の番号に○をつけてください。		
	フリガナ 1. 事業所の名称(変更後)		
	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。)		
	※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。		
住 所	フリガナ 3. 代表者氏名(変更後)		
	フリガナ 4. 会員の氏名(変更後)		
	5. 会員の住所・電話番号(下欄に記入してください。)		
	6. 勤務先(下欄に記入してください。) ※確認出来る書類が必要な場合あり		
	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)		
住 所	8. その他 ()		
住 所	〒 ()	勤 務 先	
※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。			受 付 印

※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。