

# 変 更 届

FAX送信の際は、用紙の表裏をお間違えないようご確認のうえ送信してください。

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。) <hr/> ※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。		
	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) 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。