

平成 年 月 日

(一財)大里地域労働者福祉サービスセンター理事長 あて

届出事項変更届

事業所番号	0					
事業所名						
代表者氏名						

会員番号	0					-	
会員氏名							

下記の事項に変更がありましたのでお届けします。

事業所に関する変更	事業所名	(フリガナ)				
	事業所所在地	〒	TEL/FAX			
	代表者名	事務担当者名				

会員に関する変更	会員氏名	(フリガナ)				
	会員住所	〒	TEL/FAX			
	同居の家族の追加または削除 (その他)	氏名		性別	続柄	生年月日
		(フリガナ)	追加・削除			大昭平 年 月 日
		(フリガナ)	追加・削除			大昭平 年 月 日
		(フリガナ)	追加・削除			大昭平 年 月 日
		(フリガナ)	追加・削除			大昭平 年 月 日
(フリガナ)	追加・削除			大昭平 年 月 日		
勤務先名の変更			入社年月日の変更	昭平	年 月 日	

※ 変更箇所は、すべて記入してください。

(注)会費振替を変更する場合は、「預金口座振替依頼書」にてお届けください。

FAX 048-524-6657

受付印