

※届出は、FAX(0258)37-5661
または郵送をお願いします。

変 更 届

平成 年 月 日

公益財団法人
長岡市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号
又は会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名 _____

代表者名
又は会員氏名 _____ (印)

下記の事項に変更がありましたのでお届けします。

記

変更事項	<p>該当する番号に○印をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事業所名・所在地・電話ファックス番号 2. 代表者名・事務担当者名 3. 会員の氏名・住所・電話番号 4. 同居(登録)の家族(続柄・氏名・生年月日) 5. 会費振替金融機関名・口座番号・口座名義人 6. 関連会社間の異動(合併等) 7. その他
変更内容	フリガナをふってください。

(注) 変更事項3、4の場合で、「慶弔共済給付請求書兼証明書(兼変更届)」により届出た場合は不要です。変更事項5の場合は、「預金口座振替依頼書」(47ページ)を添付し、センター事務局まで郵送してください。

(注) ボールペンで記入してください。

受 付 印