

□変 更 届

年 月 日

公益財団法人佐世保市中小企業勤労者福祉

サービスセンター理事長 様

事業所番号

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

事業所名

--

代表者名

--

印

下記の事項に変更がありましたのでお届けします。（変更部分のみご記入ください。）

記

変更がある内容に○印をご記入ください。

変更事項	変更点	項目	変更内容			
(1) 事業所の 登録情報		事業所名				
		所在地	〒 新住所			
		電話・FAX番号				
		メールアドレス				
		代表者名				
		事務担当者名				
		振替金融機関名	預金口座振替依頼書（複写式）が必要です。 用紙が必要な際は事務局までご連絡ください。(TEL 0956-27-8101)			
		支店名				
		口座番号				
(2) 会員の 登録情報		会員の氏名			会員番号	
		氏名の変更	新氏名			
		住 所	新住所〒			
		電話番号（携帯）				
		同居家族の変更	追 加			削 除
			氏名	続柄	性別	生年月日

注）（２）の場合：結婚、出生、死亡の変更を除く。

事務局長	次 長			担 当

受 付 印