□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

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

変更がある内容に〇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 |  |
|  | 口座名義人 |  |
| （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 | 氏名 | 続柄 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注）（２）の場合：結婚、出生、死亡の変更を除く。

|  |
| --- |
| 受 付 印 |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局長 | 次　長 |  |  | 担　当 |
|  |  |  |  | ‐９‐ |