

年 月 日

関連事業所間異動届

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

年 月 日付（旧事業所最終勤務日）で下記の者の異動を申し込みます。

記

会員番号（旧）	氏 名	会員証 添付	異動先関連事業所名	新会員番号
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—
		有・無		—

↑

太枠内は、記入しないで下さい。

事務局長	次 長			発 議

発議日	年 月 日
-----	-------