

(一財)いわき市勤労者福祉サービスセンター
 〒970-8026
 平字堂ノ前22 いわき市労働福祉会館1階
TEL 35-6844 FAX 35-6845

変 更 届

年 月 日

(一財)いわき市勤労者福祉サービスセンター 行

事業所番号
 ・会員番号 _____

事業所名 _____
 代表者名 _____
 又は会員名 _____ (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	該当する番号に○をつけてください。 1. 事業所名・所在地・電話番号 2. 代表者名 3. 会員の氏名・住所・電話番号 4. 会員の同居家族 5. 振替金融機関名・口座番号・口座名義人 6. その他				
変更内容	変更前				
	変更後				
同居家族の異動	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	変更区分
		男・女	配偶者 子 父・母	年 月 日	追加・変更・削除
		男・女	配偶者 子 父・母	年 月 日	追加・変更・削除
		男・女	配偶者 子 父・母	年 月 日	追加・変更・削除

ご注意

- ※事業所届出事項の変更時には、会員氏名は必要ありません。
- ※変更区分の該当事項をチェックし、変更内容を記入して下さい。
- ※取扱口座の変更は預金口座振替依頼書が必要ですので御連絡下さい。
- ※変更届で退会の手続きは出来ません。
- ※当センターが変更届を受理した日を承認日とさせていただきます。