変　更　届

平成　　年　　月　　日

一般社団法人北上地区勤労者福祉サービスセンター　理事長 様

会員番号 | | | | | | | − | | | | |

事業所名　　㊞

会員氏名　　㊞

下記の事項に変更がありましたので届け出ます。

記

変　更　事　項	該当する項目に○をしてください。 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. 会費の口座振替金融機関について 5. 関連会社間の異動 6. その他
変　更　内　容	※関連会社間の異動の場合は、異動日と異動先事業所名を記入すること

※該当４の場合は、当法人までご連絡ください。「預金口座振替依頼書」を送付します。

※事業所が届け出る場合は、会員の印は必要ありません。

※会員が届け出る場合は、事業所の印は必要ありません。

受　付　印

ＦＡＸ申請可（0197-62-0044）