

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
12

事業所届出内容変更届

●太枠内 に必要事項をご記入ください

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

令和 年 月 日

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名 _____

事業所TEL () _____

事務担当者名 _____

該当する欄に○印をつけてください。

	変更内容	変更前	変更後
<input type="checkbox"/>	事業所名		
<input type="checkbox"/>	所在地	〒	〒
<input type="checkbox"/>	電話番号	()	()
<input type="checkbox"/>	FAX番号	()	()
<input type="checkbox"/>	代表者氏名		
<input type="checkbox"/>	事務担当者		
<input type="checkbox"/>	会費引落 金融機関 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 口座名義		

*会費引落口座に関する変更は、別途書類が必要な場合があります。その際はコピーよりご連絡いたします。
 (口座名義のうち、法人代表者氏名の変更のみの場合、お届けは不要です)