

令和 年 月 日

事業所
会 員 変 更 届一般財団法人 長野市勤労者共済会
理事長 様

事業所コード

事業所住所

事業所名

代表者氏名

TEL

下記のとおり届出事項に変更がありましたのでお届けします。

記

○ 事業所の変更

(該当事項番号を○で囲み、該当の変更前、変更後のみ記入ください。)

	変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
1	フリガナ		
	事業所名		
2	フリガナ		
	代表者名		
3	所在地	〒	〒
	電話番号		

*会費の振替口座を変更する場合は、共済会事務局までお問い合わせください。

○ 会 員 の 変 更

(該当事項番号を○で囲み、該当の変更前、変更後のみ記入ください。)

会員番号		会員氏名	
	変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
1	フリガナ		
	氏 名 (会員証添付)		
2	住 所	〒	〒
	電話番号		

※ 記入内容を再度ご確認ください。

※ ご記入いただいた個人情報は、貴殿に対する会員サービスのために利用します。

共済会記入欄

入力