

## 変 更 届

年 月 日

(公財) 鹿沼市勤労者福祉共済会 理 事 長 宛

事業所番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主名 \_\_\_\_\_

会員番号 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

## 記

変 更 事 項 (該当する番号に○印を付けてください。)	変 更 内 容
1 事業所名・所在地・電話番号 2 代表者氏名・連絡員氏名 3 会員の氏名・住所・電話・家族 4 会費の支払方法・振替金融機関 口座番号・口座名義 ※預金口座振替依頼書を添付してください。 5 その他	(変更前)
	(変更後)

※ 以下は、記入不要です。

理 事 長	常務理事	事務局長	担 当

受 付 印