

# 変 更 届

年 月 日

公益財団法人  
長岡市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号  
又は会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名  
又は会員氏名 \_\_\_\_\_

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	<p>該当する番号に○印をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業所名・所在地・電話ファックス番号</li> <li>2. 代表者名・事務担当者名</li> <li>3. 会員の氏名・住所・電話番号</li> <li>4. 同居(登録)の家族(続柄・氏名・生年月日)</li> <li>5. 会費振替金融機関名・口座番号・口座名義人</li> <li>6. 関連会社間の異動(合併等)</li> <li>7. その他</li> </ol>
変更内容	フリガナをふってください。

(注) 変更事項3、4の場合で、「慶弔共済給付請求書兼証明書(兼変更届)」により届出た場合は不要です。変更事項5の場合は、「預金口座振替依頼書」(47ページ)を添付し、センター事務局まで郵送してください。

(注) ボールペンで記入してください。

受 付 印