

ご案内

入退会

給付

健康管理

イベント

宿泊補助

施設利用

提携施設

あ購っ旋等買

生涯学習

補助制度種

その他

様式

インテックス

個人情報

ページ

告知

クーポン



送信面を確認してください。

FAX 072-223-7557

FAX可

会員変更届

(公財)堺市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

平成 年 月 日

会員番号	
会員氏名	印
事業所名	
事務担当者名	

下記の事項に変更がありましたので届け出ます(登録家族の変更は下欄にご記入ください)。

変更事項に☑を入れてください。	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> フリガナ		
<input type="checkbox"/> 氏名		
<input type="checkbox"/> 住所	〒 -	〒 -
<input type="checkbox"/> 電話番号		
<input type="checkbox"/> FAX		

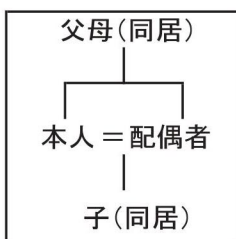
※上記は、該当箇所のみご記入ください。

登録家族の変更 : 追加・削除のいずれかに○をし、必要事項をご記入ください。(登録家族の範囲はガイドブック2ページ参照)

追加・削除	フリガナ		続柄	性別	男・女
	氏名		生年月日		
追加・削除	フリガナ		続柄	性別	男・女
	氏名		生年月日		
追加・削除	フリガナ		続柄	性別	男・女
	氏名		生年月日		
追加・削除	フリガナ		続柄	性別	男・女
	氏名		生年月日		

※ご記入いただいた個人情報は、SCK事業の目的以外には利用いたしません。

確認2	確認1	担当	入力



〈登録家族の範囲〉

サービスセンター受付印
