

事業所合併届

(公財)堺市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

新事業所名	
代表者名	印
事務担当者名	

下記の通り会員事業所間で合併しましたので届け出します。

事業所の合併

元事業所名	元事業所番号	事実発生日	*対象月	*還付月数/還付金額
		年 月 日	年 月	ヶ月 円
		年 月 日	年 月	ヶ月 円
		年 月 日	年 月	ヶ月 円

新事業所名	*新事業所番号	事実発生日	*対象月	*還付月数/還付金額
		年 月 日	年 月	ヶ月 円

太枠内をご記入ください。

合併後変更事項

ベースとなる事業所名	
------------	--

※ ベースとなる事業所があればご記入ください。

下記の事項に変更がありましたので届け出します。(変更項目のみご記入ください)

変更事項を、レ印をご記入ください。	ベースとなる事業所	新事業所
事業所名		
所在地	〒	〒
代表者名		
担当者名		
電話番号		
FAX		
メールアドレス		
会費引落口座 (*1 所定の「預 金口座振替依頼 書」を併せて提 出して下さい。)	銀行名 支店名 座種別 座番号 座名義	
給付金振込口座	銀行名 支店名 座種別 座番号 座名義	

※該当箇所のみご記入ください。

*1 会費引落口座の変更は、所定の預金口座振替依頼書が必要ですので事務局までお申し出ください。

※会員事業所間で事業所合併により事業所が変わった場合は、会員データをすべて移しますので、入会日の変更はごさいません。入会金も必要ありません。

※事実発生後、新事業所からお届けください。

※会員番号が変わりますので、会員証をご返却ください。

※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。

*サービスセンター受付印

局長	次長	課長	係長	主任	担当	入力