

※FAXされた場合は、後日必ず原本を事務局までご送付下さい。

平成 年 月 日

## 事業所変更届

(公財)堺市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号							
事業所名							
代表者名							⑧
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。(変更項目のみご記入ください)

変更事項に、レ印をご記入ください。	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 事業所名		
<input type="checkbox"/> 所在地	〒	〒
<input type="checkbox"/> 代表者名		
<input type="checkbox"/> 担当者名		
<input type="checkbox"/> 電話番号		
<input type="checkbox"/> FAX		
<input type="checkbox"/> 会費引落口座	銀行名	
「預金口座振替依頼書」も併せて提出下さい。	支店名	
	口座種別	普通・当座   口座番号
	口座名義カナ	
	口座名義	
<input type="checkbox"/> 給付金振込口座	銀行名	
	支店名	
	口座種別	普通・当座   口座番号
	口座名義カナ	
	口座名義	
<input type="checkbox"/> 会費支払い方法	四半期払い 年払い	四半期払い 年払い

※該当箇所のみご記入ください。

※会費引落口座の変更は、別途預金口座振替依頼書の提出も必要となりますので、事務局までご請求ください。

※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

確認2	確認1	担当	入力