

事業所変更届

年 月 日

(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							㊟
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。(該当箇所のみご記入ください)

変更事項に○を付けてください。	変更前	変更後	
<input type="radio"/> 事業所名			
<input type="radio"/> 所在地	〒	〒	
<input type="radio"/> 代表者名			
<input type="radio"/> 事務担当者名			
<input type="radio"/> 電話番号			
<input type="radio"/> FAX番号			
<input type="radio"/> 会費引落口座 <small>「預金口座振替依頼書」 の提出が必要</small>	金融機関名		
	支店名		
	預金の種別	普通・当座 □座番号	普通・当座 □座番号
	□座名義力ナ		
	□座名義		
<input type="radio"/> 給付金振込口座	金融機関名		
	支店名		
	預金の種別	普通・当座 □座番号	普通・当座 □座番号
	□座名義力ナ		
	□座名義		
<input type="radio"/> 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、別に預金口座振替依頼書の提出が必要です。(用紙は事務局にご請求ください)

※ご記入いただいた情報は、SCK事業の目的以外に使用いたしません。

サービスセンター受付印

確認2 確認1 担当 入力