変　更　届〈事業所用〉

年　　月　　日
※西暦で表記

（財）駿東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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

下記の事項に変更が生じましたのでお届けします。

記

変 更 内 容	変 更 後
事　業　所　名	フリガナ
代 表 者 氏 名	フリガナ
事業所の所在地	〒　　ー
事業所の電話・FAX番号	電話番号　　FAX番号
その他	※振替口座の変更の場合には「預金口座振替依頼書」を添付してください。

受付	入力	台帳
／	／	