

事業所カード変更届

年 月 日

(公財)浜松市勤労福祉協会 理事長 様

事業所番号

--	--	--	--	--

〒 _____

所在地 _____

事業所名 _____

代表者氏名 _____ 代表者印

事業所カード記載事項に変更が生じたので、下記のとおり届け出いたします。

記

変更内容	変更前	変更後
事業所名		
所在地	〒 _____ TEL _____ FAX _____	〒 _____ TEL _____ FAX _____
業務内容		
代表者	役職名 _____ 氏名 _____	役職名 _____ 氏名 _____
担当者	所属 _____ 氏名 _____	所属 _____ 氏名 _____
ホームページ		
Eメール		
	銀行名 _____ 支店名 _____ 口座番号 _____ 名義人 _____ 普通当座	銀行名 _____ 支店名 _____ 口座番号 _____ 名義人 _____ 普通当座

※会費振替口座が変更の場合は、預金口座振替依頼書(3枚複写)を添付してください。

	事務局長	事務局次長	主幹	係長	主任	参与	係	チェック欄
決裁								