

理事長	事務局長	係

共済会受付印

## 共済契約者に関する変更及び異動届

年 月 日

一般財団法人滋賀県民間社会福祉事業職員共済会理事長 様

次のとおり変更を届出いたします。

(変更後の表示で記入)

共済契約者	法 人 番 号	
	法人名及び代表者名	⑩
	住 所（所在地）	〒
	電 話 番 号	

\* 共済契約者の変更事項（変更箇所のみ記入）

法人名及び代表者名	新	
	旧	
住 所（所在地）	新	〒
	旧	〒
電 話 番 号	新	
	旧	
F A X 番 号	新	
	旧	

\* 事業所の変更事項（事業所番号及び変更箇所のみ記入）

事 業 所 番 号		
事 業 所 名	新	
	旧	
住 所（所在地）	新	〒
	旧	〒
電 話 番 号	新	
	旧	
F A X 番 号	新	
	旧	