

矢印の方向に  
FAXを送信  
して下さい。

**FAX 092-474-2626**

公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中

# 会員変更届

コピーしてお使い下さい

▽必ず次の変更種別をご記入下さい。

- 追加加入 加入される場合。会員番号は記入しないで下さい。
- 退会 退会される場合。退会理由を○で囲んで下さい。
- 変更 お届け内容が変更になられた場合。
- 再発行 会員証を紛失された場合。

今回送信する会員変更届の枚数

枚目 / 計  枚

年 月 日
<b>事業所番号を</b> <small>左詰めでご記入下さい。▶</small>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I事業所名 <span style="float: right;">㊟</span>
I事業主名
Iご担当者名
I電話番号

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

変更種別	会員番号	フリガナ	性別	男・女	旧姓名	事務局欄
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		T S H		退会理由 死亡、退職 FCFカード 返却・紛失
		会員名	生年月日			
					旧姓名	事務局欄
変更種別	会員番号	フリガナ	性別	男・女	旧姓名	事務局欄
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		T S H		退会理由 死亡、退職 FCFカード 返却・紛失
		会員名	生年月日			
					旧姓名	事務局欄
変更種別	会員番号	フリガナ	性別	男・女	旧姓名	事務局欄
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		T S H		退会理由 死亡、退職 FCFカード 返却・紛失
		会員名	生年月日			
					旧姓名	事務局欄
変更種別	会員番号	フリガナ	性別	男・女	旧姓名	事務局欄
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		T S H		退会理由 死亡、退職 FCFカード 返却・紛失
		会員名	生年月日			
					旧姓名	事務局欄