



**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

# 事業所変更届

コピーしてお使い下さい

1. 右太枠内を、すべてご記入下さい。
2. 事業所の印鑑を押印下さい。
3. 変更になられた箇所に☑をつけて、変更後の内容をご記入下さい。

年 月 日

**事業所番号を**  
左詰めでご記入下さい。▶

I事業所番号	
I事業所名	印
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。

事業所名フリガナ

事業所名

代表者フリガナ

代表者

郵便番号

住所

電話番号

FAX番号

資本金

営業品目

休日 日曜日 祝日 その他( )曜日

その他連絡事項

会費自動引落し口座 (福岡銀行・西日本シティ銀行・福岡中央銀行)

この事業所変更届け受付後銀行口座振替依頼書を郵送させていただきます。

銀行名

支店名

普通・当座 □座番号

□座名義フリガナ

□座名義

振込み口座

銀行名

支店名

普通・当座 □座番号

□座名義フリガナ

□座名義

お支払い方法 年払い 月払い

事務連絡担当者