

吹田市勤労者福祉共済事業所所在地等変更届

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あて

加入者番号

--	--	--	--	--

所在地 吹田市

企業名

代表者氏名

㊞

↑自署の場合は押印不要

担当課(者)

TEL

()

下記のとおり変更しましたのでお届けします。(※1)

		変更年月日	令和 年 月 日
	新	旧	
フリガナ 企業名			
所在地	吹田市	吹田市	
電話番号			
FAX番号			
資本金			
フリガナ 代表者氏名			
代表者変更の場合は「被共済者カード記載事項変更届」も提出してください。(※2)			
その他			

(※1) 変更する項目のみ記入してください。

(※2) 代表者が被共済者登録されているときに必要になります。

※ 本共済で収集した個人情報は、吹田市勤労者福祉共済事業の目的以外には使用しません。