

参 事	主 幹	主 査	係 員	処理日
-----	-----	-----	-----	-----

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

印

↑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。