

FAX受付可

平成 年 月 日

変更届 会員証再発行 申請書

受	付
---	---

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター
理 事 長 様

請 求 者	事業所名	事業所番号				
	所在地					
	電話番号					
	事業主名	(印)				

下記の事項に変更がありましたのでお届けします。

該当項目に○	変更事項 ※変更事項のみ記入	変 更 後		
	事業所名			
	事業所の所在地			
	事業所の 電話・FAX番号	電 話 :		
		F A X :		
	代表者氏名			
	事務担当者氏名			
	会 員 氏 名	会員番号	変 更 前	変 更 後
			フリガナ	フリガナ
		※変更前の会員証をご返却下さい。変更後の氏名で会員証を再発行します。		
	会 員 証 再 発 行 ※毎月15日締切 当月末発送	会員番号		
		会員番号		

申請書に記入押印のうえ、郵送またはFAXにてお送りください。

※お届けの金融機関の変更（口座、名義等）は
ふれあう共済事務局（TEL：096-345-7311）までご連絡ください。

ふれあう共済事務局 FAX: (096) 345-7312