



FAX 092 - 474 - 2626

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

- 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

事業所番号 左詰めでご記入下さい。▶

事業所名 印

事業主名

ご担当者名

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 口座番号

口座名義フリガナ

口座名義

振込み口座

銀行名

支店名

普通・当座 口座番号

口座名義フリガナ

口座名義

お支払方法 年払い 月払い

事務連絡担当者