

**注** 注意① コピーしてお使いください  
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号  
**FAX 025-201-6117**

様式  
**12**

# 事業所届出内容変更届

●太枠内  に必要事項をご記入ください

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

年 月 日

事業所番号

--	--	--	--	--	--

事業所名

---

該当する欄に○印をつけてください。

	変更内容	変更前	変更後	備考
↓	事業所名			
	所在地	〒	〒	
	電話番号	( )	( )	
	FAX番号	( )	( )	
	代表者氏名			
	会費引落 金融機関 <input type="checkbox"/> 座番号 <input type="checkbox"/> 座名義			

\*会費引落口座に関する変更は、別途書類が必要な場合があります。その際はニピイよりご連絡いたします。