

事業所届出内容変更届

平成 年 月 日

新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

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 口座番号 口座名義			

*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。

※コピーしてお使いください。