

事務局 宛て FAX 043-216-5602

平成 年 月 日

千葉県中小企業福利厚生協議会 御中

事業所名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

変 更 届

平成 年 月 日、次の通り変更がありましたのでお届けします。

《該当する変更事項のみご記入願います。》

変更事項	変更前	変更後
住 所		
事業所名		
代表者名		
電話番号		
FAX 番号		
預金口座		
その他		