

# 変 更 届 (会員用)

一般社団法人立川市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

次のとおり登録事項を変更いたします。

年 月 日

事業所名	代表者名 <div style="text-align: right;">印</div>
事業所・会員番号	会員氏名

変更箇所の口欄に  印をご記入ください。

	変更事項	旧	新
<input type="checkbox"/>	フリガナ		
<input type="checkbox"/>	1. 会員氏名		
<input type="checkbox"/>	2. 住 所	〒      ー	〒      ー
<input type="checkbox"/>	3. 電 話	(      )	(      )
<input type="checkbox"/>	4. 事 業 所 移 籍		年 月 日付で移籍
<input type="checkbox"/>	5. 同居の家族 (変更後の同居家族全員を記入してください。)		
	家族の氏名	続柄	生年月日      性別
			昭・平・令      年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			昭・平・令      年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			昭・平・令      年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			昭・平・令      年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			昭・平・令      年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			昭・平・令      年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

\*事務局使用欄

受 付 印

変更年月日	入 力 印	確 認 印	会員証発行
年 月 日			
備 考			