

財団法人盛岡市勤労者福祉サービスセンター

## 変更届

平成 年 月 日

(財)盛岡市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

会員番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

この度下記のとおり変更しましたのでお届けします。

記

	変更前	変更後
事業所名		
住 所		
電話番号		
F A X		
代表者		
備 考		

受 付 印	
-------------	--