事務局長	担当		入力	受付

事業所番号			

事 業 所 登 録 変 更 届

年　　月　　日

一般社団法人
稲城市中小企業勤労者福祉　　様
サービスセンター理事長

事業所名 ：	
所在地 ：	〒　　－
TEL｜FAX ：	（　　）　　｜　　（　　）
E-MAIL ：	
代表者名 ：	㊞

変更する項目のみ記入してください

フ リ ガ ナ	
事 業 所 名	
所 在 地	〒　　－
フ リ ガ ナ	
代 表 者 名	
フ リ ガ ナ	
担当者氏名	
TEL	
FAX	
E-MAIL	
振替口座	※別途、「預金口座振替依頼書」を取引銀行等へご提出ください。
会費支払方法	口座振替（3ヵ月・四半期毎）
備　考	