

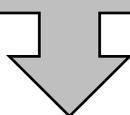
事業所名称等変更届

提出年月日：令和 年 月 日

【 従前の情報をすべてご記入願います 】

(ふりがな)	
事業所名称	
事業所所在地	〒 -
電話番号	()
健康保険・厚生年金保険 事業所整理記号・番号 (例:01-いろは-12345)	- -

上記事業所情報をご記入いただき、下記に変更となる項目に☑を付記しご記入願います
(御社メールアドレスのご登録にご協力をお願いします)



<input checked="" type="checkbox"/>	変更項目	変更となる項目についてご記入願います
<input type="checkbox"/>	(ふりがな)	
<input type="checkbox"/>	事業所名称	
<input type="checkbox"/>	事業所所在地	〒 -
<input type="checkbox"/>	電話番号	()
<input checked="" type="checkbox"/>	メールアドレス	

※ 上記の事業所情報は、当会の事業目的以外では利用いたしません。

一般財団法人福井県社会保険協会

〒910-0831 福井市若栄町 508 福井県鉄工会館 2 階

FAX : 0776-53-8112

Email:info@fukui-shahokyo.jp

職場の健康から、社会を幸せに