

# 会 員 変 更 届

		事業所記号			
平成 年 月 日	届 出 者	所在地	〒□□□-□□□□		
一般財団法人 山口県社会保険協会長 殿		フリガナ			
次のとおり届出します。		事業所名	印		
		電話番号			
		担当者名			
変 更 年 月 日		平成 年 月 日			
変 更 事 項	1. 事業所記号 2. 所在地 3. 事業所名 4. 電話番号	変更前			
	5. 事業廃止 6. その他 ( )	変更後			

※この申込書に係る会員の情報は、適切に管理し当協会の事業目的のみ利用させていただきます。