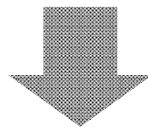


平成 年 月 日

事業所名称・事業所住所変更届

事業所名称・住所が変更になられた場合は、お手数ですが、
下記の用紙に、ご記入のうえ、郵送か **FAX** でお送りください。

変 更 前	事業所記号番号	
	事業所名称	
	事業所住所	〒 —
	電話番号	



変 更 後	事業所記号番号	
	事業所名称	
	事業所住所	〒 —
	電話番号	

一般財団法人 長崎県社会保険協会

〒852-8118 長崎市松山町4番52号 囲本社ビル5F

TEL : 095-844-7120

FAX : 095-843-0449