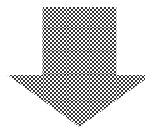


事業所名称・事業所住所変更届

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 | 〒 ー |
| | 電話番号 | |



| | | |
|-------------|---------|----------|
| 変 更 後 | 事業所記号番号 | |
| | 事業所名称 | |
| | 事業所住所 | 〒 ー |
| | 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