矢印の方向に
FAXを送信
してください。

FAX 092-474-2626

公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中

会員変更届

コピーしてお使い下さい

▽必ず次の変更種別をご記入下さい。

追加加入	加入される場合。会員番号は記入しないで下さい。
退会	退会される場合。退会理由を○で囲んで下さい。
変更	お届け内容が変更になられた場合。
再発行	会員証を紛失された場合。

今回送信する会員変更届の枚数

□ 枚目 ／ 計 □ 枚

年　月　日

事業所番号を
左詰めでご記入下さい。▶

事業所名　　㊞

事業主名

ご担当者名

電話番号

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

変更種別	会員番号	フリガナ / 会員名	性別	生年月日	旧姓名	事務局欄	退会理由	FCFカード
			男・女	・ ・			死亡、退職	返却・紛失
			男・女	・ ・			死亡、退職	返却・紛失
			男・女	・ ・			死亡、退職	返却・紛失
			男・女	・ ・			死亡、退職	返却・紛失
			男・女	・ ・			死亡、退職	返却・紛失