ワーカーズ・コレクティブ所得保障共済

団　体　変　更　届

「変更届」は必要事項、記入者署名捺印のうえ FAX でお送りください。

FAX　０４５―６８１－３６７７

届　出　日　西暦：　　年　　月　　日

届出団体　　記入者　　印

変更項目	旧	新
団　体 住　所	〒	〒
団　体 T　E　L F　A　X	TEL FAX	TEL FAX
代 表 者	氏名 (生年月日・西暦　　)	氏名・フリガナ (生年月日・西暦　　)

＊その他の変更

団体名の変更など上記以外の変更があった場合、ご記入ください