ワーカーズ・コレクティブ所得保障共済

団　体　変　更　届

記入者の署名捺印のうえ、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

＊変更が必要な個所の、新旧項目をご記入ください

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　　) ＊西暦記入	氏名・フリガナ (生年月日　　) ＊西暦記入

＊変更がある場合、ご記入ください

保険料返戻用 保険料引落し用 口座変更	○　有　（　○　ゆうちょ　　○　銀行　） ＊対象の口座変更手続き書類をお送りいたします
団体名変更	