

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 平成 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