

# 事業所名称等変更届

平成 年 月 日

一般財団法人 福岡県社会保険協会長 殿

事業所名称・住所等が変更になられた場合は、お手数ですが下記の変更届にご記入の上、ファックスでお送りください。

## 【変更前】

ふりがな			
事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
被保険者数	名	事業所整理記号	
ふりがな		ふりがな	
事業主名		ご担当者名	



## 【変更後】

ふりがな			
事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
被保険者数	名	事業所整理記号	
ふりがな		ふりがな	
事業主名		ご担当者名	

## お問い合わせ・送付先

一般財団法人 福岡県社会保険協会  
〒810-0041 福岡市中央区大名1-4-1 NDビル2階  
電話番号 092-751-5786 FAX 092-731-9281