

FAX 送信先:株式会社全福サービス(03-3258-8878)

(公財)介護労働安定センター 情報漏えい保険 変更届

変更箇所のみ旧内容、新内容及び変更年月日をご記入のうえ FAX で送信してください。
変更届の原本は、加入者証と一緒に大切に保管してください。

		コ	ー	ド					
		番	号	K					
変更事項	旧内容	新内容				変更年月日			
都道府県									
フリガナ									
法人・ 事業所名									
フリガナ									
代表者名									
所在地	〒	〒							
電話番号	— —	— —							
FAX 番号	— —	— —							

上記のとおり変更しますので、報告します。

年 月 日

法人・
事業所名

代表者名

印

受付

記入上の注意

1. 本用紙は、コピー使用可
2. 加入申込み後、加入依頼書に記載した内容に変更等が生じた場合は、
(株)全福サービスまで本変更届の提出をお願いいたします。
(個人情報の利用目的)本状記載の個人情報につきましては、保険事務手続きのために利用させていただきます。