

年 月 日

神戸市民間社会福祉施設職員退職手当共済事業

施設名変更届

社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会 理事長 宛

下記のとおり変更をお届けします。

施設番号	法人名	印					
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
	施設名 (旧施設名)						

施設名 変更年月日								
年 月 日								
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

(フリガナ) 変更前 施設名



(フリガナ) 変更後 施設名

(変更があれば)

(フリガナ) 変更前 共済契約代行者氏名(施設長名)



(フリガナ) 変更後 共済契約代行者氏名(施設長名)
