

年 月 日

神戸市民間社会福祉施設職員退職手当共済事業

施設情報変更届

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	
□□□□□□	理事長	
	施設名 (※)	

※施設名に変更ある場合は旧施設名を記入

(変更内容に☑)

1. 共済契約代行者(施設長)

共済契約代行者 変更年月日		
年	月	日
□□□□□□		

(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)

2. 施設名

施設名 変更年月日		
年	月	日
□□□□□□		

(フリガナ)  
変更前 施設名

→

(フリガナ)  
変更後 施設名

3. (変更後)住所・連絡先

住所 〒 - 神戸市

電話 ( ) - Fax ( ) -

変更年月日 年 月 日