

変更届

年 月 日

一般財団法人 佐賀県社会保険協会 御中

※協会会員番号(必須)	
※事業所名称 (必須)	

変更後 (該当する欄をご記入ください。)

ふりがな		
事業所名		
事業主または 事業所を代表する者		
所在地	〒	
電話番号		
被保険者数	名	

※この変更届にご記入いただきました情報は、当協会事業以外の目的には使用いたしません。

FAX 送信先

0952-26-3377

一般財団法人 佐賀県社会保険協会

〒840-0816 佐賀市駅南本町6-4
佐賀中央第一生命ビル9階
TEL 0952-26-3171
FAX 0952-26-3377