

F A X 017-723-9895

## 会員事業所変更届

年 月 日

一般財団法人青森県社会保険協会 殿

会員番号	※ 会員番号のご記入をお願いします。
------	--------------------

※会員番号は、「社会保険あおもり」を送付時の封筒宛名シールや協会費を納付された際の払込票又は振替払込請求書兼受領書に印字されていますのでご確認ください。

	変更後（変更項目のみ記入ください）	変更前（全項目記入願います）
フリガナ		
事業所名		
所在地	〒 ー	〒 ー
電話番号		
ご担当者	職名	氏名

（お問合せ先）

一般財団法人 青森県社会保険協会

〒030-0823 青森市橋本1-9-22 S S青森ビル2F

T E L 017-776-4471（8：30～17：15）土・日、祝日は除く

F A X 017-723-9895