（様式第13号）

長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

**加 入 団 体 の 名 称 等 変 更 届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項  （変更事項のみ記入） | 名 称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 変 更 日 | | 年　　月　　日 |
| 備　考 | |  |

上記のとおり届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　社会福祉法人　長野県社会福祉協議会会長　様

* 加入団体の名称等に変更があったときは、５日以内にこの届を提出すること。
* 加入団体の代表者の交替については、届出の必要はありません。
* 預金口座の変更を伴う場合は「預金口座振替依頼書」も添付すること。