

FAX042-720-2242



異 動 届

20 年 月 日

一般財団法人 町田市勤労者福祉サービスセンター
理 事 長 様

事業所名 _____

代表者名 _____

記入者名 _____

電話番号 _____

下記、会員を事業所間異動をいたしたいので、
お届けします。

事業所番号	氏 名	異動先事業所

事務局記入欄 ※記入不要
入 力 日
年 月 日

係	主査	事務局次長	事務局長
決裁年月日		年	月 日