

FAX 送信先：042-341-6220

(小平市社会福祉協議会)

(様式第2号)

小平市社会福祉協議会 会員制度協賛店登録内容変更届

年 月 日

社会福祉法人 小平市社会福祉協議会 宛

〒

住 所 _____

店舗等名 _____

代表者名 _____

社会福祉法人 小平市社会福祉協議会 会員制度協賛店事業に登録されている内容を、下記のとおり変更いたしたく届け出いたします。

記

1. 登録内容変更年月日

年	月	日
---	---	---

2. 登録内容 (変更前)

--

3. 登録内容 (変更後)

--

4. 連絡先 (変更内容について確認できる方)

事務担当者	☎ _____ FAX : _____
	E-mail : _____

受付印

--