

決裁欄			

平成 年 月 日

東京薬業企業年金基金
適用課御中

書類送付先変更について

下記へ送付先の変更をお願い致します。
尚、所在地に変更はございません。

基金の事業所番号
を記入してください。

記

事業所番号 : _____

変更年月日 : 平成 年 月 日

【現送付先】

〒 : _____

住所 : _____

電話番号 : _____ FAX : _____

【新送付先】

〒 : _____

住所 : _____

電話番号 : _____ FAX : _____

以上

納入告知書などの郵便物は、
こちらの住所に送付されます。

事業所所在地 : 〒 _____

事業所名 : _____

事業主名 : _____ 印