

FAX 023-633-4114

会員事業所変更事項届

令和 年 月 日

一般財団法人 山形県社会保険協会 あて

事業所名(必ずご記入ください)	電話番号	- -
	ご担当者名	

<該当する欄をご記入願います>

	変 更 前	変 更 後
事業所名		
所在地	(〒 -)	(〒 -)
事業所記号		
電話番号	- -	- -

(お問い合わせ先)

一般財団法人 山形県社会保険協会

住所 〒990-0043 山形市本町 2-3-38 岩城ビル 4 階

TEL 023-642-6261 (9:00~17:00) 土日祝日は除く

FAX 023-633-4114