

会員カード変更届

※ 会 員 番 号							

※ 会 員	フリガナ											男・女	未婚・既婚	事業所名										
	氏 名																							
	生年月日	昭・平・令 年 月 日																						
	郵便番号	〒		一		電話番号	()		一		入社年月日	昭・平・令 年 月 日												
	住 所											結婚年月日	昭・平・令 年 月 日											
家 族 構 成	続 柄	フリガナ										生 年 月 日	性 別	備 考										
	※該当に○	氏 名																						
	配偶者・子 親・兄弟姉妹 孫・祖父母 他()											昭・平・令 年 月 日	男・女	本人を除く、同居のご家族をご記入ください。 ＜記入方法＞ ・現在の内容をすべてご記入いただくか、変更箇所が分かるよう、こちらの備考欄にご記入のうえお知らせください。 例1:住所のみ変更、家族構成変更なし 例2:子の追加のみ 等 ※会員番号、会員氏名は必ずご記入ください。										
	配偶者・子 親・兄弟姉妹 孫・祖父母 他()											昭・平・令 年 月 日	男・女											
	配偶者・子 親・兄弟姉妹 孫・祖父母 他()											昭・平・令 年 月 日	男・女											
	配偶者・子 親・兄弟姉妹 孫・祖父母 他()											昭・平・令 年 月 日	男・女											
	配偶者・子 親・兄弟姉妹 孫・祖父母 他()											昭・平・令 年 月 日	男・女											
	配偶者・子 親・兄弟姉妹 孫・祖父母 他()											昭・平・令 年 月 日	男・女											
	配偶者・子 親・兄弟姉妹 孫・祖父母 他()											昭・平・令 年 月 日	男・女											

(注)太線の中を記入してください。

【個人情報の取扱いについて】この様式により提出された個人情報は、第三者へ提供されることはありません。ただし、①給付金給付事業における給付金給付申請書
②余暇活動事業参加者の保険(共済)加入及び給付申請 ③委託事業者が必要な場合等においては、第三者に提供されます。

会員の同意 ①・②・③の手続き等において必要な場合は、個人情報の第三者への提供については同意します。
その他、第三者への情報提供が必要となった場合には、別途連絡します。

受 付 年 月 日
・