

←FAX : 03-5937-0811

## 賠償責任共済制度適用施設住所変更申出書

届出年月日：平成 年 月 日

カイロプラクティック療法振興事業協同組合 御中

自宅住所：

氏 名： 印

組合員等番号：

緊急連絡先： - ( ) -

下記のとおりお届けします。

記

変更する年月日：平成 年 月 日

新			旧		
第一	名 称		第一	名 称	
	住 所			住 所	
	電話番号			電話番号	
第二	名 称		第二	名 称	
	住 所			住 所	
	電話番号			電話番号	

※ 勤務地が二ヶ所にわたることとなった場合、勤務先に変更があった場合等は必ずこの書面にて申し出てください。万一事故等が発生した場合でも、事前の申出なき場合は対応できません。

※ 郵送/FAX いずれも可。

←FAX : 03-5937-0811