

契 約 内 容 変 更 届

年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

社協受付日付印

契約者番号・施設番号	-	
契 約 者	法 人 名 及 び 代 表 者	印

次のとおり変更がありましたので、茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度規程に基づき、届け出ます。

1. 法人の変更事項

変更事項	1.法人名 2.所在地 3.代表者名	変更年月日	年 月 日	変更内容	新	(フリガナ)
					旧	

2. 既存施設の変更事項

変更事項	1.施設名 2.所在地 3.種類	変更年月日	年 月 日	変更内容	新	(フリガナ)
					旧	

3. 預金口座の変更事項

新	口座名義(フリガナ)	銀行コード	銀行名	店番	支店名	普 ・ 当	口座番号
旧	口座名義(フリガナ)	銀行コード	銀行名	店番	支店名	普 ・ 当	口座番号

- 注) 1. 1、2、3の変更事項について該当欄に記入して下さい。
 2. 変更区分は該当数字を○で囲んで下さい。
 3. 2の欄の3の変更の場合は県知事の証明書を添付して下さい。