

年 月 日

社会福祉法人群馬県共同募金会 会長 様

[受配者]

ふりがな 法人・団体名			
ふりがな 代表者職氏名	(職)	(氏名)	
所在地	〒		
TEL		FAX	

共同募金受配者名称等変更届出書

このことについて、下記のとおり変更となりましたので届出します。

記

1 変更事項

項 目	内 容 (旧／新)		変更年月日
ふりがな 名称	旧		
	新		
ふりがな 代表者 職氏名	旧		
	新		
所在地	旧		
	新		
電話番号	旧		
	新		

2 その他特記事項

--

3 この届出に関する事務担当者

所属・職名		TEL	
ふりがな 氏 名		FAX	