

係	合 議	係 長	課 長	事務局長

登 録 事 項 変 更 届

令和 年 月 日

公益社団法人川越市シルバー人材センター

理事長 矢野博幸様

会員番号 _____

氏名 _____ 印

下記のとおり、登録事項の変更をお願いいたします。

区 分	新	旧
住 所	〒 地域班 ()	〒 地域班 ()
自宅電話番号		
携帯電話番号		
緊急連絡先		
口 座		

※該当項目のみ記入してください。

受付者名：

エイゼリス	<input type="checkbox"/>
地図 (旧・新)	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>
班長 (旧・新)	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/>
会員証	<input type="checkbox"/>
本人連絡	<input type="checkbox"/>