

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 堀 田 慶 治 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。該当項目のみ記入してください。

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		

受付日	受付者		処理日	入力担当

エイジレス	<input type="checkbox"/>
地区 (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"/>