

(一社)愛知県聴覚障害者協会

令和 年 月 日

住所・氏名変更届

地域協会名			
会員番号			
氏名	Ⓜ	旧氏名	
新住所	〒		
FAX番号	- -	電話番号	- -
変更年月日	年 月 日		
備考			

以上の通りお届けいたします。

* 住所や氏名に変更があったときは、この用紙を、愛知県聴覚障害者協会事務局【FAX (052-221-8154)】へ提出してください。

事務局使用欄

受理日	担当