様式第２号ー（１）

共 済 契 約 者 変 更 届

受　付　印

共済契約者
施　　設 に下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　高知県社会福祉協議会　殿

共 済 契 約 者
代 表 者 名　　印

契約者番号		施設番号		施設名	

変　更　事　項	変　　更　　後	変　　更　　前
(フリガナ) 法 人 ・ 施 設 名	(　　)	(　　)
(フリガナ) 所　　在　　地	(〒　　)	(　　)
(フリガナ) 共済契約者の代表者名	(　　)	
団体・施設の種類		
休・廃止・移管他		
異　動　年　月　日	令和　　年　　月　　日	