

記入日： 年 月 日

公益財団法人日本教育公務員弘済会長崎支部 支部長様

通信先変更届

以下のとおり通信先を変更いたします。なお、新しい通信先は各種事業、提携保険会社への提供を行うことを同意いたします。

フリガナ			T
お名前 (自署)		生年月日	S 年 月 日 H
後見人※ (自署)	実印	所 属	(現職の方はご記入ください)
新住所	フリガナ		
	〒 — 都道 市 町 府県 郡		
	フリガナ		
電話番号	<input type="checkbox"/> 変更あり➡ () — <input type="checkbox"/> 変更なし		
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証のコピー <input type="checkbox"/> 健康保険証のコピー を添付いたします。		

※成年後見人制度を取られている方のみ記入し、実印を押印ください。

後見人であることがわかる、登録事項証明書・印鑑証明書の原本をご添付ください。

奨学金を貸与されている学生、連帯保証人の通信先変更については、別途指定の届けがあります。奨学金のてびきやホームページをご覧ください。電話 095-822-2305 へ別途お問合せ下さい。

<事務局使用欄>-----

受付日	本人確認書類	入力日	変更確認日	備考

支部長				福祉	損害	生保