

事務所所在地変更届

令和 年 月 日

近畿税理士国民健康保険組合 殿

事務所代表者氏名 _____ 印

下記のとおり事務所所在地に変更があったので届けます。

事業所 N O .	
郵便番号	□□□-□□□□
変更後所在地	(フリガナ)
T E L	()
F A X	()
備考	

※事業所が税理士法人の場合、代表者氏名及び印鑑は個人名でお願い致します。

● 送付先：〒540-0012 大阪市中央区谷町1丁目5番4号
近畿税理士国民健康保険組合
FAX：06-6944-1790