

|                |  |
|----------------|--|
| 市区町村等子連<br>受付日 |  |
|----------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
| 都道府県・指定都市<br>子連受付日 |  |
|--------------------|--|

変更届(単位子ども会用)

(提出日) 令和 年 月 日

|                 |  |
|-----------------|--|
| 市 区 町 村 等 子 連   |  |
| 単 位 子 ど も 会     |  |
| 単 位 子 ど も 会 番 号 |  |
| 担 当 者           |  |
| 連絡先電話番号         |  |

全国子ども会安全共済会規程に基づき、次のとおり変更届を提出いたします。

1. 転入届（転入者を受け入れた子ども会が提出）

|     | 新会員<br>NO. | 氏名 | 性<br>別 | 学<br>年 | 年<br>齢 | 転入月 | 旧会員<br>NO. | 旧所属団体   |        |          |
|-----|------------|----|--------|--------|--------|-----|------------|---------|--------|----------|
|     |            |    |        |        |        |     |            | 市区町村等子連 | 単位子ども会 | 単位子ども会NO |
| 転入者 |            |    |        |        |        | 月   |            |         |        |          |
|     |            |    |        |        |        | 月   |            |         |        |          |
|     |            |    |        |        |        | 月   |            |         |        |          |
|     |            |    |        |        |        | 月   |            |         |        |          |
|     |            |    |        |        |        | 月   |            |         |        |          |

2. 加入者名簿の変更・訂正

| 変更・訂正<br>する<br>加入者 | 会員NO. | 氏名 | 変更・訂正内容 |
|--------------------|-------|----|---------|
|                    |       |    |         |
|                    |       |    |         |
|                    |       |    |         |
|                    |       |    |         |
|                    |       |    |         |

3. 代表者変更

(新)

(旧)

|               |      |     |
|---------------|------|-----|
| (フリガナ)<br>代表者 |      |     |
| 連絡先           | 住所   | 〒 — |
|               | 電話番号 |     |
| 変 更 日         |      |     |

|               |      |     |
|---------------|------|-----|
| (フリガナ)<br>代表者 |      |     |
| 連絡先           | 住所   | 〒 — |
|               | 電話番号 |     |



令和5年1月改訂

〈個人情報の取り扱いについて〉  
本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。  
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。  
ただし、保健医療等の特殊な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。