

公務員賠償責任保険 異動報告書

令和 年 月 日

報告者 所属所名

担当者

組 合 員	所 属 所 番 号		組 合 員 証 番 号	加 入 者 氏 名
				フリガナ
	日中のご連絡先	— —		

異 動 内 容

1. 住所変更	新住所	〒		
2. 氏名変更	新氏名	フリガナ	旧氏名	TEL フリガナ
3. そ の 他				

※下記あてFAXでお願いいたします。

(有) 茨城 C・T・V サービス

水戸市笠原町978-26 茨城県市町村会館
TEL 029-301-1616
* FAX 029-301-1617