

# 退職会員連絡先変更届出書

年 月 日

一般財団法人 岩手県退職教職員互助会 宛て

会 員 証 記号・番号		会 員 名	
<p>今後の連絡先を変更したいので、お届けします。</p> <p><b>旧住所・電話番号</b></p> <p style="text-align: center;">〒           —</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p><b>新住所・電話番号</b></p> <p style="text-align: center;">〒           —</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">電 話</p>			

※新住所・電話番号は変更になる項目のみご記入ください。  
 ※住民登録の変更に伴い、新しい保険証が交付された場合はコピーを添付してください。

〔提出先〕

**一般財団法人 岩手県退職教職員互助会**

〒020-0022 盛岡市大通一丁目1-16 岩手教育会館4階

TEL. 019-623-3300/FAX. 019-623-3349