

川崎市葬祭場運営管理システム 利用登録内容変更申請書

(変更する項目にチェックを入れ変更前・変更後を記入ください)

変更申込年月日						
法人名(変更前)						
代表者氏名						
会員番号		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>				
変更理由						
変更項目		<input type="checkbox"/> 法人名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> FAX番号 <input type="checkbox"/> 暗証番号				
変更内容 (変更該当箇所のみ記入ください。)	法人名	フリガナ				
		変更前				
		フリガナ				
		変更後				
	住所	変更前	〒			
		変更後	〒			
	電話番号*1	変更前				
		変更後				
	FAX番号*1	変更前				
		変更後				
暗証番号 (4桁)	変更前	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>				
変更後	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>					

- *1: 電話番号およびFAX番号は、市外局番から正しく記入してください。
 *2: 暗証番号の変更について、必ず関係者に変更した旨の周知をしてください。
 (当斎苑宛に連絡されても暗証番号の回答はできません)
 *3: 本申請内容の審査にお時間をいただく場合があります。

令和 年 月 日
 川崎市健康福祉局保健医療政策部
 保健医療政策課施設調整担当
 (連絡先)
 電話:044-200-0457
 FAX:044-200-3986