


契約者登録情報変更届（地位承継兼用）

【注意事項】

- ・本書面は、現ご契約者（変更前欄にご署名捺印の方をいいます）と当社との当社サービスご利用契約における現ご契約者の契約上の地位を、事業譲渡、合併等による包括承継、相続又はその他の理由により、新ご契約者（変更後欄にご署名捺印の方をいいます）が承継するにあたって、当該地位承継の承認を当社に申請するものになります。当社の承認が得られた場合、受理日をもって契約上の地位が承継されるものとします。
- ・地位承継にあたっては、本書面とは別に、新ご契約者様名義の口座振替依頼書をご提出いただく必要がございます。
- ・本書面は、地位承継に伴い、ご契約情報の登録変更を行うものであり、当社サービス(ホームページ・ポータル等)上に掲載の住所等を変更するものではありません。掲載情報の変更につきましては、ご自身の編集又はサポート担当者へご相談ください。
- ・控えが必要な方は、コピーをおとり下さい。

変更前	変更前の項目は必ずご記入ください	ご記入日（西暦） _____ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 法人契約 <input type="checkbox"/> 個人事業主契約	法人名 or 屋号名	代表者名	 シャチハタ不可

変更後	変更する項目の□に必ずレ点チェックを入れて、変更内容をご記入下さい		
契約名義（必須）	<input type="checkbox"/> 法人契約 <input type="checkbox"/> 個人事業主契約		
<input type="checkbox"/> 代表者名	フリガナ	生年月日(西暦)	 シャチハタ不可
<input type="checkbox"/> 法人名	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 法人登記住所	〒		
<input type="checkbox"/> 法人TEL/FAX	TEL	FAX	
<input type="checkbox"/> 屋号情報	<input type="checkbox"/> 法人と同じ <input type="checkbox"/> その他（下記に屋号情報を記載ください）		
<input type="checkbox"/> 屋号名	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 屋号住所	〒		
<input type="checkbox"/> 屋号TEL/FAX	TEL	FAX	
書類郵送先	<input type="checkbox"/> 法人と同じ <input type="checkbox"/> 屋号と同じ		
メールアドレス変更希望	<input type="checkbox"/> 希望あり（別途お問い合わせ致します）		

弊社使用欄

FAX送信先
03-3578-6381

EMPOWER HEALTHCARE

エンパワーヘルスケア株式会社
 〒105-0011
 東京都港区芝公園2丁目4番1号
 芝パークビルA館1階

顧客番号	提出者	受理者
	氏名（フルネーム）	
	社員番号	/ /

- 振替提出済
※口座振替依頼書も提出時 要チェック
- フォーム依頼済（メールアドレス）
※契約メールアドレス変更時 要チェック