


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あります。
- ・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、ご自身で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) 2023 年 4 月 1 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 法人：医療法人 変更前 屋号名：変更前医院	代表者名 見本 太郎	 シヤチハタ不可

※法人契約の場合は法人印の押印をお願いいたします。

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 checked="" type="checkbox"/> 法人契約 <input checked="" type="checkbox"/> 個人事業主契約
<input checked="" type="checkbox"/> 代表者名	フリガナ ミホン ジロウ 生年月日(西暦) 〇〇〇〇年〇月〇日
<input checked="" type="checkbox"/> 法人名	フリガナ イリョウハウジン ヘンコウゴ 医療法人 変更後
<input checked="" type="checkbox"/> 法人登記住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区芝浦〇-〇-〇
<input checked="" type="checkbox"/> 法人TEL/FAX	TEL 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
<input checked="" type="checkbox"/> 屋号情報	<input checked="" type="checkbox"/> 法人と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他（下記に屋号情報を記載ください）
<input checked="" type="checkbox"/> 屋号名	フリガナ
<input checked="" type="checkbox"/> 屋号住所	〒
<input checked="" type="checkbox"/> 屋号TEL/FAX	TEL FAX
書類郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 法人と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 屋号と同じ
メールアドレス変更希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり（別途お伺い致します）

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
〒108-0023
東京都港区芝浦4-16-25
安全ビル4F

顧客番号	提出者	受理者
	氏名（フルネーム）	
	社員番号	/ /

口座振替提出済
※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