

受付印

法人等の異動届

年 月 日

新上五島町長 様

申告者 所在地 〒

法人番号

名称

代理人(管理人)氏名

印

電話

()

次のとおり、異動があったのでお届けします。

異動事項		異動年月日	変更前		変更後
法人 内容 の 変 更	名称	年 月 日			
	本店 所在地	年 月 日			
	本町におけ る事業所	年 月 日			
	代表者	年 月 日			
	事業年度	年 月 日			
	資本金	年 月 日			
	その他	年 月 日			
事 業 所 の 閉 鎖	解散 (清算終了)	年 月 日	清算人	住所	
				氏名	
	事業所閉鎖	年 月 日	連絡先等		
	休業	年 月 日	住所		
			期間	・・・から・・・まで(事業再開の見込み 有・無)	
合併	年 月 日	所在地			
		名称			
備考					

(注)登記簿謄本・抄本の写し又は異動事実がわかる書類を添付してください。