

平成 年 月 日

一般財団法人静岡県社会福祉事業共済会 会長 様

法人番号

法人名

代表者名

⑩

(担当者氏名：)

(担当者連絡先：)

加入職員の届け出内容の訂正について

提出しました書類について、内容に誤りがあったので、次のとおり訂正をお願いいたします。

施設 番号	職員番号	職員名	訂正項目	訂正前	訂正後

《その他》