令和　　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　　㊞
(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≫