（様式第3号）

職 員 加 入 申 込 書

年　　月　　日

受付日付印

一般財団法人　静岡県社会福祉事業共済会会長　様

次のとおり新たな職員となったものがあるので申し込みます。

法人番号				共済契約者	法人名及び代表者職氏名
					主たる事務所の所在地及び電話番号
					〒　　ー　　電話番号

施設番号			施設又は事業	名　称	種　類

連絡先

事務担当者氏名	
電話番号	―　　―
FAX番号	―　　―
E-mail	

職員氏名		生年月日				性別	加入				被共済職員であったことの有無及び被共済職員でなくなった理由・年月日		前法人名（合算申出あるいは解除経験ある職員の加入の場合に記入してください）	
		3 昭和 4 平成				1 男 2 女	令和 年	月	日	職種名称			前法人名	前職員番号
フリガナ		3	年	月	日	1	年	月	日		有	退職・解除 合算申出 年月日		
		4				2					無			
フリガナ		3	年	月	日	1	年	月	日		有	退職・解除 合算申出 年月日		
		4				2					無			
フリガナ		3	年	月	日	1	年	月	日		有	退職・解除 合算申出 年月日		
		4				2					無			
フリガナ		3	年	月	日	1	年	月	日		有	退職・解除 合算申出 年月日		
		4				2					無			
フリガナ		3	年	月	日	1	年	月	日		有	退職・解除 合算申出 年月日		
		4				2					無			

◎4月1日付の加入の場合は、この届出書ではなく負担金納付対象職員届で報告すること。