（様式第５号）

共済契約者間継続職員異動届

受付日付印

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

次のとおり被共済職員が継続職員として異動したので届け出ます。

被共済職員氏名	(フリガナ)															生　年　月　日	
																1 昭和 2 平成　年　月　日	
異動後の共済契約者	法人番号				施設番号											採　用　年　月　日	
																年　月　日	
	氏名又は名称															職　種	
	主たる事務所の所在地	郵便番号　―															
	事務担当者氏名									連絡先	電話　－　－						
	勤務する施設又は事業名															種類	
異動前の共済契約者	法人番号				施設番号				職員番号							退　職　日	
																年　月　日	
	氏名又は名称																
	主たる事務所の所在地	郵便番号　―															
	事務担当者氏名									連絡先	電話　－　－						
	勤務する施設又は事業名																

◎　異動前、異動後の共済契約者記入後、静岡県社会福祉事業共済会に提出してください。