令和　　年　　月　　日

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

（担当者･連絡先　　）

令和　　年度掛金納付対象職員届の訂正について

先般提出しました掛金納付対象職員届について、内容に誤りがありましたので、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

※　４月１日に在籍している職員の人数に変更がある場合、掛金額が変動いたします。