

職 員 加 入 申 込 書

(様式第3号)

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			
施設番号					施設 又は 事業	名 称		種 類

受付日付印

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 1 男 2 女	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)							
							令和				職種名称	前法人名		前職員番号				
							年	月	日									
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							
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。