

# 契 約 申 込 書

社協受付日付印

年 月 日

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度規程に基づき、契約を申込みます。

申込日		年		月		日
-----	--	---	--	---	--	---

申 込 者	※契約者番号	法 人 名 及 び 代 表 者					
	(フリガナ)	印					
	所在地等	郵便番号	—	電話番号	( )		
No.	社会福祉施設名	所 在 地		施設認可 年月日	施設の 種 類	職員数	茨城県社会福祉協議会 会員入会の有無
	(フリガナ)	郵便番号	—				有 ・ 無 年 月 日
	(フリガナ)	郵便番号	—				有 ・ 無 年 月 日
	(フリガナ)	郵便番号	—				有 ・ 無 年 月 日

- 注) 1. ※契約者番号は記入しないで下さい。  
 2. 社会福祉施設等名が書ききれない場合は、複写して記入して下さい。

- 〈添付書類〉 1. 社会福祉施設設置認可証明書等の写を添付して下さい。  
 2. 茨城県社会福祉協議会の会員入会申込書の写や会費振込時の「払戻請求書による振込受付書・振込金受取書」の写を添付して下さい。