

## 加入職員復職届

年 月 日

社協受付日付印

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

|            |                |              |  |  |  |   |  |  |
|------------|----------------|--------------|--|--|--|---|--|--|
| 契約者番号・施設番号 |                |              |  |  |  | 一 |  |  |
| 契約者        | 法人名及び<br>代 表 者 | <div>印</div> |  |  |  |   |  |  |
| 施 設 名      |                |              |  |  |  |   |  |  |
| 職 員 番 号    |                |              |  |  |  |   |  |  |
| 氏 名        |                |              |  |  |  |   |  |  |

次のとおり復職したので、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、届け出ます。

| 種 別 | 本 俸 月 額 |  |  |  |  |   | 異 動 内 容      |     |  |   |  |   |  |   |             |     |  |   |  |   |
|-----|---------|--|--|--|--|---|--------------|-----|--|---|--|---|--|---|-------------|-----|--|---|--|---|
| 復 職 |         |  |  |  |  | 円 | 復 職<br>年 月 日 | 平 成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 掛金再開<br>年 月 | 平 成 |  | 年 |  | 月 |
|     | 備 考     |  |  |  |  |   |              |     |  |   |  |   |  |   |             |     |  |   |  |   |

注) 1. 復職時の本俸月額、年度内に復職した場合は記載不要です。