

職 員 加 入 届

社会福祉
法人 茨城県社会福祉協議会長 様

平成 年 月 日

社協受付日付印

新たに職員となった者があるのでお届けします

契約者	契約者番号		施設番号	名称及び 代表者名	⑤	社会福祉施設	名称					
No.	氏 名		生 年 月 日		性別	職 種	加入年月日		加入理由	加入時本俸月額 (俸給表の額+俸給の調整額)		前契約者名 (合算申出のある職員 の加入の場合に記入 してください)
	フリガナ		1=大 2=昭 3=平	年 月 日	1=男 2=女		年 月 日	イ・ロ・ハ			円	法人名 施設名
	フリガナ		1=大 2=昭 3=平	年 月 日	1=男 2=女		年 月 日	イ・ロ・ハ			円	法人名 施設名

注 ① 「職種」欄は、次の区分により記入して下さい。

施設長、指導員、保育士、介護職員、医師、看護師、訓練指導員、栄養士、調理員、事務員、介助員、ホームヘルパー、介護支援専門員、その他

② 「加入理由」欄は、次の理由により該当する記号に○をして下さい。

イ 正規採用（職員として正規採用したことによる。なお、臨時の職員を常勤者として採用した場合を含む。）

ロ 一年超過（臨時の職員であるが、このたび勤続期間が一年を超えたことによる。）

ハ 配置異動（本制度の適用外施設等の職員であったが、このたび適用施設の常勤者として配置換したことによる。）

③ 「生年月日」、「性別」欄は数字を○で囲んで下さい。年月日金額等の余白は数字の「0」を記入して下さい。

④ 1部施設控とし、本会1部提出して下さい。