

加入職員異動等報告

社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会長 様

平成		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

契約者・施設番号							
契約者	名称及び 代表者名						

次記のとおり職員が異動したので報告します。

(1) 休（停）職の発令

職員番号	氏 名	休 期 (停 職 間	平成 年 月 日から 年 月 日まで ヵ月間	休 事 (停 職 由	

(2) 異 動 の 発 令

職員番号	氏 名	異 動 事 項	異動後引継 ぎ年月日	年 月 日	異 動 時 日 年 月 日	年 月 日	異 動 の 事 由	
			異 動 後 の 勤 務 先		異 動 前 の 勤 務 先			

※ 1部施設控とし本会に1部提出して下さい。