様式第 11 号　　（茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度）

社協受付日付印

加　入　職　員　異　動　届

年　　月　　日

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								
契約者	法人名及び代表者	印						

次のとおり新たに加入職員が異動してきたので、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。

職員番号	氏　名	異動事項	異動後引継ぎ年月日	年　月　日	異動時年月日	年　月　日	異動の事由	
			異動後の施設名		異動前の施設名			

注）１．退職手当金の支給を受けずに転職したときは、転職後に所属する契約者を経由して提出して下さい。
２．異動の事由＜例＞・転入・配置換え等を記入して下さい。
３．法人内での異動は、職員番号を記入して下さい。
４．別法人からの異動は、職員番号は記入しないで下さい。