

加入職員加入届

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

次のとおり新たに職員となった者があるので、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。

契約者	契約者番号				施設番号		法人名及び代表者	印	社会福祉施設名							
No.	氏名		生年月日			性別	職種	加入年月日			加入時本俸月額			合算申出者の有無及び前契約者名		共済法加入の有無
	(フリガナ)		1=昭 2=平	年	月	日	1=男 2=女	年	月	日	円	有・無	法人名 施設名		有・無	
	印												法人名 施設名			
	(フリガナ)		1=昭 2=平	年	月	日	1=男 2=女	年	月	日	円	有・無	法人名 施設名		有・無	
	印												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. 「生年月日」、「性別」欄は数字を○で囲んで下さい。年月日の余白は数字の「0」を記入して下さい。
 3. 「合算申出者の有無」欄は、加入職員期間 1 年以上ある者が退職手当金を請求しないまま退職し、退職した日から 3 年以内に再び加入職員になる場合は有を○で囲み、前契約者名等を記入して下さい。なお、この場合は加入職員期間を合算することができます。