

会員家族（異動）届

受付日付印

年 月 日

茨城県民間社会福祉事業従事者互助会 様

加入施設 団体番号								
施設・団体の 名称及び 氏名								㊟

年 月 日現在、下記のとおり、家族に異動がありましたのでお届けいたします。

職員番号	氏名	家 族 欄				備 考
		本人との 続柄	氏名	性別	生年月日	
				1=男 2=女	年 月 日	
				1=男 2=女	年 月 日	
				1=男 2=女	年 月 日	
				1=男 2=女	年 月 日	
				1=男 2=女	年 月 日	
				1=男 2=女	年 月 日	

注 結婚・出生等の事由により新たに家族が生じたときに届出て下さい。1部控とし、本会に1部提出して下さい。

台帳登録 年月日	年 月 日	係員	㊟
-------------	-------	----	---