様式第14号　　（茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度）

加　入　職　員　復　職　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

契約者番号・施設番号		
契約者	法人名及び代表者	印
施設名		
職員番号		
氏名		

次のとおり復職したので、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。

種別	本俸月額	異動内容													
復職	円	復職年月日	令和	年	月	日	掛金再開年月	令和	年	月
	備考														

注）１．復職時の本俸月額は、年度内に復職した場合は記載不要です。

2020.4.1