

契 約 部 分 解 除 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					
契 約 者	法人名及び代表者 印				
	郵便番号 —				
	所在地				
電話番号 ()					

社協受付日付印

次のとおり、契約を部分解除する全ての加入職員から同意を得たので、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、契約を部分解除いたします。

部 分 解 除 年 月 日	年 月 日		
部分解除日における 職 員 数	人		
施 設 番 号	施 設 名	*部分解除内容 (該当するものに○印)	職 員 数
		1. 2. 3. 4	人
		1. 2. 3. 4	人
		1. 2. 3. 4	人
解 除 の 理 由 (具体的に記入してください)	*必ず記入してください。		

***部分解除内容**

1. 施設全体の加入職員の部分解除
2. 平成18年4月1日以降加入した加入職員の部分解除 (介護保険施設等)
3. 平成28年4月1日以降加入した加入職員の部分解除 (障害者支援施設等)
4. 施設転換後の加入職員の部分解除