

契 約 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、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、契約を解除いたします。

解 除 年 月 日	年 月 日	
解除日における 職 員 数	人	
施 設 番 号	施 設 名	職員数
		人
		人
		人
		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。	