|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（茨城県民間社会福祉施設職員等退職手当支給制度）

|  |
| --- |
| 社協受付日付印 |
|  |

**契約申込書**　　年　　月　　日　社会福祉法人　茨城県社会福祉協議会長　様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、契約を申込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 　年 | 月 | 日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　込　者 | ※契約者番号 | 法人名及び代表者 |  |
|  |  |  |  | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 印 |
| 所在地等 | 郵便番号　　　　－電話番号　　　　　（　　　　） |  |
| № | 社会福祉施設名 | 所在地 | 施設認可年月日 | 施設の種類 | 職員数 | 茨城県社会福祉協議会会員の有無及び入会日 |
|  |  | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 郵便番号　　　　　－電話番号　　　　（　　　　） |  |  |  | 有・無年　月　日 |
|  |
|  |  | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 郵便番号　　　　　－電話番号　　　　（　　　　） |  |  |  | 有・無年　月　日 |
|  |

注）１．※契約者番号は記入しないで下さい。　　　２．社会福祉施設等名が書ききれない場合は、複写して記入して下さい。<添付書類>　１．社会福祉施設設置認可証明書等の写を添付して下さい。　　２．茨城県社会福祉協議会の会員入会申込書の写や会費振込時の「払戻請求書による振込受付書・振込金受取書」の写を添付して下さい。 |

2018.4.1