年　　月　　日

神戸市民間社会福祉施設職員退職手当共済事業

休職・復職・氏名変更届

社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会　理事長　宛

下記のとおり届け出をいたします。

施設番号	法人名	
	施設名	
	施設長	印

(1) 休　職　届

加入者番号	フリガナ 加入者氏名	休職開始日(西暦)
		年　月　日

(2) 復　職　届

加入者番号	フリガナ 加入者氏名	復職開始日(西暦)
		年　月　日

給与月額	職種(番号)(職名)　※職名一覧より選択
	具体的職名（　　）

(3) 氏名変更届

加入者番号	フリガナ 変更前加入者氏名	フリガナ 変更後加入者氏名

変更年月日(西暦)
年　月　日

(2021.4)