

年 月 日

神戸市民間社会福祉施設職員退職手当共済

## 職員加入申込書

社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会 理事長 宛

施設番号 □ □ □ □ □ □ □ □	法人名
	施設名
	施設長 <span style="float: right;">印</span>

下記のとおり職員の同意を得ましたので、加入を申し込みます。

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

※市社協記入欄

私は、神戸市民間社会福祉施設職員退職手当共済事業規程に同意し、加入を申し込みます。

フリガナ	<input type="text"/>	生年月日(西暦) 年 月 日	性別
姓 (漢字)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
フリガナ	<input type="text"/>	就職年月日(西暦) 年 月 日	
名 (漢字)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
職種(番号)	職名(職名一覧より選択)	(具体的職名)	印
<input type="text"/>	<input type="text"/>	( )	
加入希望年月日(西暦) 年 月 日	加入時給与月額		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

※市社協処理欄