

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 |

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 | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | 生年月日(西暦) 年 月 日 | 性別 |
| 姓 (漢字) | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | 男 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 女 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ |
| フリガナ | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | 就職年月日(西暦) 年 月 日 | |
| 名 (漢字) | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | |
| 職種(番号) | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | 職名(職名一覧より選択) (具体的職名) | () |
| 加入希望年月日(西暦) 年 月 日 | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | 加入時給与月額 | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ |

※市社協処理欄

| |
|--|
| |
|--|