

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

--