

折曲厳禁

継 続 異 動 届

平成 年 月 日

社会福祉法人 青森県社会福祉協議会会長 殿

下記のとおり継続異動しましたので届出します。

異動前適用事業所	法人番号 □□□□	適用事業所名 適用事業所代表者名 担当者名 適用事業所住所 適用事業所電話番号	㊦
	事業所番号 □□□□□□		

異動後適用事業所	法人番号 □□□□	適用事業所名 適用事業所代表者名 担当者名 適用事業所住所 適用事業所電話番号	㊦
	事業所番号 □□□□□□		

フリガナ	□□□□□□□□□□
加入者氏名	□□□□□□□□□□

異動前適用事業所記入欄			
加入者番号	異動年月日(転出)		
□□□□□□	<small>1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成</small> □□ □□□□ 年 □□□□ 月 □□□□ 日		
職種コード	本俸月額	第2種共済掛口数	
□□	□□□□□□□□□□ 円	□□□□ □	

異動後適用事業所記入欄			
	異動年月日(転入)		
	<small>1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成</small> □□ □□□□ 年 □□□□ 月 □□□□ 日		
職種コード	本俸月額	第2種共済掛口数	
□□	□□□□□□□□□□ 円	□□□□ □	

<input type="checkbox"/>	1 異動前適用事業所	から、異動月(転入月)の掛金を徴収する。
<input type="checkbox"/>	2 異動後適用事業所	

上記のとおり相違ないことを証明します。

注意事項

1 □□□□にはボールペンで記入すること。

職種コード

- | | | | |
|-----------|---------|-----------|-----------|
| 01施設長 | 05保育士 | 09ホームヘルパー | 13介護支援専門員 |
| 02事務局長 | 06介護員 | 10栄養士 | 14その他 |
| 03相談員・支援員 | 07看護師 | 11調理師 | |
| 04社協職員 | 08児童厚生員 | 12事務員 | |