要綱様式第９号

折曲厳禁

継 続 異 動 届

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 事業所番号	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

異動後適用事業所	法人番号 事業所番号	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

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）　3 昭和　4 平成　5 令和　　年　　月　　日

職種コード　　本俸月額　　円　　第２種共済掛口数　　口

異動後適用事業所記入欄

異動年月日（転入）　3 昭和　4 平成　5 令和　　年　　月　　日

職種コード　　本俸月額　　円　　第２種共済掛口数　　口

□　１　異動前適用事業所　２　異動後適用事業所　から、異動月（転入月）の掛金を徴収する。

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	