

折曲厳禁

加入申込書

年 月 日

社会福祉法人 青森県社会福祉協議会会長 殿

青森県民間社会福祉事業職員共済制度の趣旨に賛同し、下記により加入申込みいたします。

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
	<input type="text"/>	
	事業所番号	
	<input type="text"/>	

【加入職員】

フリガナ	<input type="text"/>	フリガナ	<input type="text"/>	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>	職種コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	<input type="text"/>	採用年月日	<input type="text"/>			
<small>3 昭和 4 平成 5 令和</small>	<input type="text"/>	<small>3 昭和 4 平成 5 令和</small>	<input type="text"/>			

第1種共済制度	加入年月日	<input type="text"/>	現在の 本俸月額	<input type="text"/>	円
<small>3 昭和 4 平成 5 令和</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

第2種共済制度	加入年月日	<input type="text"/>	口数	<input type="text"/>
<small>3 昭和 4 平成 5 令和</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

第2種共済制度の加入	<input type="checkbox"/>	該当する場合はレ印を記入し、加入者番号を記入すること。	加入者番号	<input type="text"/>
------------	--------------------------	-----------------------------	-------	----------------------

フリガナ	<input type="text"/>	フリガナ	<input type="text"/>	性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
姓	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>	職種コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>
生年月日	<input type="text"/>	採用年月日	<input type="text"/>			
<small>3 昭和 4 平成 5 令和</small>	<input type="text"/>	<small>3 昭和 4 平成 5 令和</small>	<input type="text"/>			

第1種共済制度	加入年月日	<input type="text"/>	現在の 本俸月額	<input type="text"/>	円
<small>3 昭和 4 平成 5 令和</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

第2種共済制度	加入年月日	<input type="text"/>	口数	<input type="text"/>
<small>3 昭和 4 平成 5 令和</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

第2種共済制度の加入	<input type="checkbox"/>	該当する場合はレ印を記入し、加入者番号を記入すること。	加入者番号	<input type="text"/>
------------	--------------------------	-----------------------------	-------	----------------------

本俸月額合計 円

上記のとおり相違ないことを証明しますので、加入承認方よろしくお願ひします。

注意事項

- にはボールペンで記入すること。
- 性別の には該当する所にレ印を記入すること。
- 枠外の本俸月額合計にはこの用紙に記入した加入者の現在の本俸月額の合計額を記入のこと。

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 | |