

FAX : 017-723-1394 総務課 共済担当者 宛て

社会福祉法人青森県社会福祉協議会  
青森県民間社会福祉事業職員共済事業  
訂正依頼届

1 対象加入者

事業所番号	
事業所名	
加入者番号	
加入者氏名	

2 訂正依頼内容

(1) 訂正書類名 (例: 加入決定通知書)

--

(2) 訂正内容 (例: 本俸月額を〇〇円から△△円に訂正)

--

\_\_\_\_\_年 月 日

事業所名 : \_\_\_\_\_

担当者名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

訂正がある場合は、本届に必要な事項を記載し、FAX してください。

(※1) 事務連絡に記載している毎月の訂正締切日までに送信してください。

(※2) 訂正対象者が複数いる場合で、同じ訂正内容であれば訂正希望書類に訂正内容を記載し、本届に添付し FAX してください。