

常務理事		事務局長		担当者	
------	--	------	--	-----	--

被 共 済 職 員 最 高 年 齢 者 届

(西暦) 年 月 日

一般財団法人 栃木県民間社会福祉施設職員
退職手当共済財団 理事長 様

団体の名称
代表者職氏名



被共済職員が最高年齢に達しますので、栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済契約約款の規定により届け出ます。

施設コード			
施設 の 名 称	施設 所 在 地	施設長氏名及び連絡先	
	〒 ー	氏名 _____ 電話 () FAX ()	

職員コード	フリガナ 被共済職員名	性別	生年月日(西暦)
		男・女	年 月 日
最高年齢(65歳)年月日(西暦)		年 月 日 	
基準給与月額(4月1日現在)		万 円 	

この個人情報は、共済財団において適正に管理し、退職手当共済事業の目的のみに利用します。

共済財団受付印