

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

様式 27 (第 33 条関係)

## (共済契約者・施設・被共済職員) 名称等変更届

(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

共済契約者  
住所又は所在地  
団体の名称  
代表者職氏名



施設コード							
-------	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり(共済契約者・施設・被共済職員)の変更があったので届け出ます。

共 済 契 約 者	変 更 事 項	変 更 年 月 日 (西暦)	変 更 内 容
	氏 名 又 は 名 称	年 月 日 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	新
	住 所		旧
	代 表 者		

施 設	変 更 事 項	変 更 年 月 日 (西暦)	変 更 内 容
	名 称	年 月 日 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	新
	所 在 地		旧
	種 類		
	廃 止		
	経 営 移 管		
そ の 他			

被 共 済 職 員	職 員 コ ー ド			変 更 内 容
	変 更 事 項	変 更 年 月 日 (西暦)		
	氏 名	年 月 日 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		新
			旧	

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。

(注) 該当事項を○で囲んでください。