

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

休職・育児休暇等届

(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



被共済職員が休職・育児休暇等により職務に従事しなくなりますので、栃木県民間社会福祉施設職員退職手当共済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			
	〒 -			氏名 _____			
				電話	()	
				FAX	()	

この個人情報、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

職員コード	フリガナ 被共済職員名	性 別	生 年 月 日 (西暦)	掛金納入中止年月(西暦)												
<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>						男・女	年 月 日 <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					年 月 <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>				
休職・育児休暇等の理由																
備 考																

(注) 休職・育児休暇等により、職務に従事しないことを証する書類を添付してください。

共済財団受付印