

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

(西暦) 年 月 日

退職手当共済契約申込書

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・施設経営者
住所又は所在地
団体の名称
代表者職氏名



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、下記の者を被共済職員とする退職手当共済契約を締結したいので、関係書類を添えて申込みます。

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 () E-mail :	
事業の種別		独立行政法人福祉医療機構 加入の有無	有 ・ 無

被 共 済 職 員 名 簿

職 員 コード ※	フリガナ 氏 名	承諾印	加 入 年 月 日 (西暦)			
			年	月	日	

- (注) 1 申込書は施設ごとに作成し、様式 1・3 付票 (共済契約者・職員データ入力票) も併せて作成してください。
2 加入者氏名は自署してください。
3 ※欄は、記入しないでください。

共済財団受付印