様式２５（第 32 条の 2 関係）

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　　印

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	
	〒　　－	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