

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

			(西暦)	年	月	日
追 加 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						
共済契約者 住所又は所在地 団 体 の 名 称 代表者職氏名						
印						
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、加入者の追加申込みをしたいので、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	

加 入 者 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