

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

休職・育児休暇等の復職届

(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

休職・育児休暇等の加入者が復職し職務に従事しますので、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
	〒	<p>氏名 _____</p> <p>電話 ()</p> <p>FAX ()</p>

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

職員コード	フリガナ 加入者名	性別	掛金算入開始年月(西暦)
_____		男・女	年 月 _____
本俸月額	万 円 _____	職種 コード _____	職名 _____

(注) 職種は、下欄のコード表を参照の上記入してください。

職種コード表					
01	施設長	06	看護師	11	事務員
02	指導員	07	訓練指導員	12	介助員
03	保育士	08	栄養士	13	ホームヘルパー
04	介護職員	09	調理員	14	介護支援専門員
05	医師	10	事務(局)長	99	その他の職員

共済財団受付印