

岩手県社会福祉協議会会長 様

共済事業加入申込書

岩手県社会福祉協議会民間社会福祉事業職員共済事業に加入したいので、下記のとおり申込みします。

加 入 者	フリガナ								性別	1.男
	氏名	※ ¹								2.女
	生年月日				加入年月日					
	元号	年	月	日	元号	年	月	日		
	職名				コード	加入時本俸 ※ ³				
	任用の区分 ※ ²		1.常勤役職員 2.臨時的任用職員（任用予定期間： 年 月 日～ 年 月 日）							

上記のとおり相違ないことを証明し、岩手県社会福祉協議会民間社会福祉事業職員共済事業への加入に同意しますので承認願います。

施 設 ・ 団 体	施設団体コード					
	法人	(法人名)				
		(代表者氏名)				
	施設	(施設名)				
	所在地	郵便番号				
電話番号				FAX番号		

（記入上の留意）

※¹ 姓と名の間は1文字空けて記入してください。

※² 「臨時的任用職員」の加入手続

①短期の雇用期間（ただし、1年以上であること）を定めて採用した場合

②労働時間が正規職員の所定労働時間に満たないパート職員の場合については、「任用予定期間」を必ず記入してください。

※³ 「加入時本俸」とは俸給表記載の本俸の額をいい、特殊業務手当等の調整額は含みません。