

※受付番号（記入不要）：

様式第4号（第11条関係）

年 月 日 提出

岩手県社会福祉協議会会長 様

会費免除申請書

下記の理由により岩手県社会福祉協議会民間社会福祉事業職員共済事業会費の納入免除を申請します。

	会員番号					
会	氏名	フリガナ			性別	1.男
						2.女
員	会費免除開始年月			会費免除終了年月(予定)		
	元号	年	月	元号	年	月
申請理由						

	施設団体コード					
施設・団体	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		