

※受付番号（記入不要）：

様式第5号（第11条関係）

年 月 日 提出

岩手県社会福祉協議会会長 様

復 職 届

下記の者は、休職等の期間を満了し、復職したので届出します。

会 員	会 員 番 号					
	氏 名	フリガナ			性 別	1.男
						2.女
会費納入開始年月			復職時本俸			
元号	年	月	円			

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)

「復職時本俸」とは復職時の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。