

共済制度加盟申込書・共済契約申込書

公益財団法人神奈川県福利協会理事長 殿

貴会の退職共済規程を承諾のうえ申込をいたします。

作成年月日 年 月 日

記入者

電話番号

申込者 (法人)	法人名	ふりがな
	役職/代表者名	ふりがな 印
	所在地	郵便番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	法人認可年月日	西暦 年 月 日

施設・団体	施設・団体名	ふりがな
	所在地 TEL/fax	郵便番号 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
		ふりがな (TEL) (FAX)
	役職/所属長名	ふりがな 印
	業種※下部参照	
	業務内容	定員数 名
	職員数	名 (当初加入予定 名)
	事業所認可年月日	西暦 年 月 日
加盟希望年月日	西暦 年 月 日	

※業種：保育所(01)、児童福祉施設(02)、老人福祉施設(03)、身体障害者更生援護施設(04)、知的障害者援護施設(05)、宿泊・婦人保護施設(06)、医療福祉施設(07)、団体その他(08)により(該当するものがない場合近いもの)記入してください。

◎常勤職員については原則として全員加入となります。

※福利協会使用欄

常務理事	事務局長	事務局次長	事務局	主任