様式１号

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 |
| 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  ℡/fax | 郵便番号  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。



