

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。

年 月 日

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

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

記載注意 業種は、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

事務局長	事務局	主任