

休 職

会 員 届

復 職

(どちらかに○印)

共済会受付印

一般財団法人滋賀県民間社会福祉事業職員共済会理事長様

次のとおり会員の異動がありましたのでお届けします。

法人番号	事業所番号	事業所名		
会員番号	フリガナ	職種番号		
	氏名	職種		
給与額	円		休職又は復職の開始日	年 月 日
	復職の場合のみ記入			
共済契約者 又は 施設長	住所(所在地)			
	法人名(又は事業所名)			
	代表者名			印
	電話番号		—	—

(注) 掛金等を納付する場合は、休職届は不要です。

*お知らせいただいた個人情報は、その利用目的の範囲でのみ利用します。