

第 2 退職手当金加入申込書

年 月 日

一般財団法人香川県民間社会福祉施設振興財団 理事長 様

第 2 退職手当金加入について次のとおり申し込みます。

共済契約者番号	
法人名	
代表者名	印

社会福祉施設等

名称		種類	
住所	〒 ー		
電話番号		FAX 番号	

名称		種類	
住所	〒 ー		
電話番号		FAX 番号	

名称		種類	
住所	〒 ー		
電話番号		FAX 番号	

※加入職員個々によって掛金口数を変更する場合は、法人の退職金規程を添付してください。