

# 退職手当共済契約申込書

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

次のとおり香川県民間社会福祉施設職員等退職手当共済契約を加入申込書を添えて申し込みます。

申込者	法人名		(フリガナ)		
	代表者名		印		
	法人事務所の所在地	郵便番号	—		
		住所			
		電話番号	— —		

社会福祉施設職員等退職手当共済法による共済契約締結の年月日  
年 月 日

連絡先電話番号・FAX 番号及び担当者名

電話番号	
FAX 番号	
担当者名	

申込施設

区分	項目	種類	入所(利用)定員数	職員配置基準数	申込時職員数	加入職員数	加入できない職員数	
							雇用期間 1年未満	労働時間 2/3 未満
名称			人	人	人	人	人	人
所在地	〒 —							
名称			人	人	人	人	人	人
所在地	〒 —							
名称			人	人	人	人	人	人
所在地	〒 —							

加入申込をする施設・事業の『就業規則(写)』、『給与規定(写)』を提出してください。

次のいずれかの書類を添付してください。

(1) 当該施設・事業の許認可書(写)、届出書(写)又は、届出受理書(写)

(2) 都道府県知事等が発行する証明書

<個人情報の取り扱いに関する注意事項>

被共済職員に係る個人情報は、退職共済業務及びこれに附帯する業務の範囲内で利用されます。