

加 入 届

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

契 約 者 番 号				契 約 者 名															
加 入 者	本人承認	性	職	生年月日				採用年月日				加入年月日				俸給月額 (円)			
(フリガナ)	印	別	種 コード	年	年	月	日	年	年	月	日	年	年	月	日				
氏 名				号					号										

上記の者の加入を届けます。

令和 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名

印

※注 意

1. 性別、年号、職種は、次のコード番号を記入してください。

2. 氏名にはフリガナをふってください。

3. 採用年月日は必ずお書きください。

(性別) 1: 男 2: 女

(年号) 3: 昭和 4: 平成 5: 令和

(職種) 01: 施設長・事務局長 02: 指導員 03: 保育士 04: 介護職員 05: 医師 06: 看護師 07: 訓練指導員
08: 栄養士 09: 調理員 10: 事務職員 11: 介助員 12: ホームヘルパー 13: (社協) 福祉活動専門員
14: 児童厚生員 15: その他 (ケアマネ含む)