

継 続 異 動 届

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

共済 番号					(フリガナ) 氏 名	⑩										性別
生年月日				加入年月日				異動年月日				異動後職種				
年号	年	月	日	年号	年	月	日	年号	年	月	日					
				旧（異動前）				新（異動後）								
契約者番号																
契約者名																
現在掛金額				円				現在俸給月額				円				

上記のとおり異動したので届けます。

令和 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名

⑩

※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。

(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：福祉活動専門員

14：児童厚生員 15：その他（ケアマネ含む）