

折曲厳禁

社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会長 殿

下記のとおり職員の異動を承認しましたので、連名でお届けします。

| | | | |
|-----|----------------------|---|---|
| 異動前 | 法人番号 | 法人名 施設・団体名 理事長・代表者名 郵便番号 住所 電話番号 | 印 |
| | <input type="text"/> | | |
| | 事業所番号 | | |
| | <input type="text"/> | | |

| | | | |
|-----|----------------------|---|---|
| 異動後 | 法人番号 | 法人名 施設・団体名 理事長・代表者名 郵便番号 住所 電話番号 | 印 |
| | <input type="text"/> | | |
| | 事業所番号 | | |
| | <input type="text"/> | | |

| | |
|-------|----------------------|
| フリガナ | <input type="text"/> |
| 加入者氏名 | <input type="text"/> |

異動前事業所記入欄

加入者番号 異動年月日(退職)

4 平成 年 月 日
5 令和

職種コード 標準給与月額 円

異動後事業所記入欄

異動年月日(採用)

4 平成 年 月 日
5 令和

職種コード 標準給与月額 円

1、異動前事業所 から異動月の掛金を徴収します。
 2、異動後事業所

県社協受付印

注意事項

- にはボールペンで記入してください。
- この届は、異動前の施設・団体と異動後の施設・団体が両者で作成し、異動後の施設・団体より県社協へ提出願います。
- 継続異動の取扱は、異動前の施設・団体の退職日と異動後の施設・団体の採用日が継続している必要があります。その間に空白の日がある場合は、継続できません。

| | | | |
|--------|---------|-----------|-----------|
| 職種コード | 05医師 | 09調理員 | 13その他 |
| 01施設長 | 06看護師 | 10事務員 | 14介護支援専門員 |
| 02指導員 | 07訓練指導員 | 11介助員 | |
| 03保育士 | 08栄養士 | 12ホームヘルパー | |
| 04介護職員 | | | |