

(様式第1号)

共済契約者番号				
決 裁	事務局長	部長	担当	
申 込 年 月 日		年 月 日		
県社協受理年月日		年 月 日		
共済契約年月日		年 月 日		

共 済 会 加 入 申 込 書

年 月 日

島根県社会福祉協議会長 殿

島根県民間社会福祉施設職員等共済会に加入したいので職員名簿を添えて申込みます。

申 込 者	組 織	社会福祉法人			
	法 人 名	社会福祉法人			
	代 表 者 名				
	住 所	〒 ー 島根県			
	福祉医療機構 加入年月日	年 月 日			
	共済会 加入希望年月日	年 月 日			
施設の種類	施設の名称	所在地	収容(利用)定員	職員数定数	
		〒 ー	人	人	
		〒 ー	人	人	
		〒 ー	人	人	
		〒 ー	人	人	
		〒 ー	人	人	
(備考)					

島根県社会福祉協議会 (島根県民間社会福祉施設職員等共済会)