様式第25号

長野県民間社会福祉事業従事者退職年金共済

加　入　者　休　職　届

|  |  |
| --- | --- |
| 加入者番号 |  |
| 加入者氏名 |  |
| 休職年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 休職理由 |  |

　上記のとおり提出します。

　社会福祉法人長野県社会福祉協議会

　　会長　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出年月日　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設（団体）番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設（団体）名

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

（注意）

 休職を命ぜられた日の翌日の属する月から復職した日の属する月の前月までは、休職期間となり加入者

　期間に算入しないので掛金は納入しないでください。