（様式第７号－２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人　長野県社会福祉協議会　様

団体番号

団体名　　　　　　　　　　　　　　印

長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

**加入者変更通知書（新規加入職員用）**

　　　　　　　　　　年　　月分の新規加入者は以下のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　名 | 職種 | 性別 | 生年月日 | 加入年月日 | 基準給（円） | 備　考 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ |  |  |

■注意　新規加入職員以外には、本様式は使用しないでください。

■その他留意事項

※1 この通知書は、新規加入等者の状況を記入のうえ採用月の5日までに提出する。

　2 番号欄は記入しないでください。（長野県社会福祉協議会が使用します）

　3 職種は以下の選択肢の中から1つ選び、番号を朱字で記入する。

　　　01.施設長　02.事務職　03.介護支援専門員　04.介護職員　05.ホームヘルパー　06.指導員　07.看護師

　08.保育士　09.社会福祉士　10.訓練指導員　99.その他