

登録職員資格喪失届

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

次のとおり登録職員が資格を喪失したので、届け出ます。

| 届出者 | 施設登録番号 | | 第 号 | 施設等の名称 | | | | | | | | | | |
|--------|-----------|--------|-----|--------|------|-------|--------|-------------|------|--|-------------|----------|------|----|
| | 加入施設経営者氏名 | | | | 印 | | | | | | | | | |
| 登録職員番号 | | フリガナ氏名 | | 生年月日 | 制度区分 | 加入年月日 | 退職等年月日 | 中断(休業)期間の有無 | 加入期間 | 脱退事由 | 福祉医療機構加入の有無 | ※ 資産取崩し額 | | |
| | | | | 年 月 日 | 福利厚生 | 年 月 日 | 年 月 日 | / | 年 ヶ月 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | ※ | 年 ヶ月 | 本体 |
| | | | | | 退職本体 | 年 月 日 | | | | | | | | 第2 |
| | | | | | 退職第2 | 年 月 日 | | | | | | | | 計 |
| | | | | 年 月 日 | 福利厚生 | 年 月 日 | 年 月 日 | / | 年 ヶ月 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | ※ | 年 ヶ月 | 本体 |
| | | | | | 退職本体 | 年 月 日 | | | | | | | | 第2 |
| | | | | | 退職第2 | 年 月 日 | | | | | | | | 計 |
| | | | | 年 月 日 | 福利厚生 | 年 月 日 | 年 月 日 | / | 年 ヶ月 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | ※ | 年 ヶ月 | 本体 |
| | | | | | 退職本体 | 年 月 日 | | | | | | | | 第2 |
| | | | | | 退職第2 | 年 月 日 | | | | | | | | 計 |
| | | | | 年 月 日 | 福利厚生 | 年 月 日 | 年 月 日 | / | 年 ヶ月 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | ※ | 年 ヶ月 | 本体 |
| | | | | | 退職本体 | 年 月 日 | | | | | | | | 第2 |
| | | | | | 退職第2 | 年 月 日 | | | | | | | | 計 |

注 ※は記入しないでください。