

## 登録職員 施設間異動届 氏名変更届

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

登録職員に異動があったので届け出ます。

届出者	施設番号	施設第 号	施設等の名称								
	加入施設経営者氏名			印							
異 動 後					異動年月日		異 動 前				
※	登録職員番号	フリガナ氏名	職種 番号	生年月日			退職第2制度加入の有無	登録職員番号	施設名及び旧姓	退職第2制度加入の有無	
				年 月 日	有・無	年 月 日		有・無			
				年 月 日	有・無	年 月 日		有・無			
				年 月 日	有・無	年 月 日		有・無			
				年 月 日	有・無	年 月 日		有・無			

- 注 ・ 施設間異動の場合、\*は記入しないでください。
- ・ 「職種」の欄は、次の区分により「職種」及び「番号」を記入してください。なお、「その他」の職種については、具体的な業務内容を記入してください。  
 施設長=01、指導員=02、保育士=03、介護職員=04、医師=05、看護師=06、訓練指導員=07、栄養士=08、調理員=09、事務員=10、介助員=11、ホームヘルパー=12、介護支援専門員=13、その他=14