

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	施設番号	施設第 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	有・無	本体
			年 月 日	退職本体	年 月 日		有・無	年 ヶ月				第2		
			年 月 日	退職第2	年 月 日		有・無	年 ヶ月				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	有・無	本体
			年 月 日	退職本体	年 月 日		有・無	年 ヶ月				第2		
			年 月 日	退職第2	年 月 日		有・無	年 ヶ月				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	有・無	本体
			年 月 日	退職本体	年 月 日		有・無	年 ヶ月				第2		
			年 月 日	退職第2	年 月 日		有・無	年 ヶ月				計		

注 ・ ※は記入しないでください。