

職 員 加 入 届

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

下記職員について加入の登録を受けたいので、届け出ます。
 なお、加入の上は、各職員ともに定款その他の諸規程を遵守して確実に義務を履行します。

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									
加入職員	※ 登録職員番号		フリガナ氏名	性別	職種	番号	生年月日	制度区分	加入年月日	給料内容			
								年 月 日		年 月 日	給料月額①	特殊業務手当②	合計①+②
				男			年 月 日	福利厚生	年 月 日	円	円	円	千円
				女			年 月 日	退職本体	年 月 日				
				女			年 月 日	退職第2	年 月 日				
				男			年 月 日	福利厚生	年 月 日				
				女			年 月 日	退職本体	年 月 日				
				女			年 月 日	退職第2	年 月 日				
				男			年 月 日	福利厚生	年 月 日				
				女			年 月 日	退職本体	年 月 日				
			女			年 月 日	退職第2	年 月 日					

- 注
- ・ ※は記入しないでください。
 - ・ 標準給料月額、給料月額と特殊業務手当の月額合計とし、千円未満を切り上げて、千円単位で記入してください。
 - ・ 「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