

## 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													
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	有・無	※	年 月 日	1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 ( )	有・無	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	有・無	※	年 月 日	1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 ( )	有・無	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	有・無	※	年 月 日	1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 ( )	有・無	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	有・無	※	年 月 日	1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 ( )	有・無	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。