様式第1号

**長野県民間社会福祉事業従事者退職年金共済**

**契　約　申　込　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会

　会長　　　　　　　　　　　　　様

　　当施設（団体）は長野県民間社会福祉事業従事者退職年金共済規程を遵守のうえ、

年金共済契約の申込みをいたします。

申込年月日　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

施設（団体）所在地

　　　　〒

所在地

　　　　℡　　　　　　　　　　　FAX

施設（団体）名称

施設（団体）代表者名

印

法人名

（注意）申込み時に新規加入通知書を添付してください。

＊この欄には記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 県社協 | 受付年月日 | 扱者 | 検印 | 年金契約者番号 | 契約証書交付日 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |