（様式第 10 号）

長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

人事院勧告に伴う給与改定の基準給報告書

年　　月　　日

社会福祉法人 長野県社会福祉協議会会長　様

団体番号

団体名

代表者名　　印

番号	氏　名	基　準　給					給料表の種類 級・号	備　考
		異動日	改定前	改定後	月額変更年月日	対象月数		

※ 既退職者を含む。

※ 写しを必ず保管すること。