（様式第12号）

長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

**加 入 職 員 の 団 体 間 転 籍 届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番　号 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | 転籍年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 転籍前の団体 | 団体番号 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 団体名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 給料月額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 転籍後の団体 | 団体番号 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 団体名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 給料月額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

上記のとおり連名で届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　社会福祉法人　長野県社会福祉協議会会長　様