(様式第3号)

　　　　　　　　　長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

**新規加入団体の加入職員通知書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人　長野県社会福祉協議会　会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 加入職員氏名 | 職種 | 性別 | 生年月日 | 加入年月日 | 給料月額 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円　 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円　 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |
|  |  |  | 男・女 | ・　・ | ・　・ | 　　　　　　円 |

※１．「退職手当積立契約申込書」(様式第1号)に添付する。

　２．番号は記入しない。

　３．既加入団体が新たに職員を加入させるときは、様式第7号に必要事項を記入し提出する。（本様式は提出しない。）