（様式第７号－２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

社会福祉法人　長野県社会福祉協議会　様

団体番号

団体名　　　　　　　　　　　　　　印

長野県社会福祉団体職員退職手当積立基金

**加入者変更通知書（新規加入職員用）**

　　　　　　　　　　年　　月分の新規加入者は以下のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　名 | 職種 | 加入年月日 | 基準給 | 備　考 |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |
|  |  |  | ・　・ |  |  |

■注意　新規加入職員以外には、本様式は使用しないでください。

　　　　　　長野県社会福祉協議会から加入職員名等が印字された書類を送付しますので、朱字修正の上、

返送してください。

■その他留意事項

※1 この通知書は、新規加入等者の状況を記入のうえ採用月の5日までに提出する。

　2 職種は以下の選択肢の中から1つ選び、番号を朱字で記入する。

　　　01.施設長　02.事務職　03.介護支援専門員　04.介護職員　05.ホームヘルパー　06.指導員　07.看護師

　08.保育士　09.社会福祉士　10.訓練指導員　99.その他