

加 入 届

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

契約者番号		契約者名															
加入者 (フリガナ)		本人承諾	性	職種 コード	生年月日			採用年月日			加入年月日			俸給月額 (円)			
氏名		印	別	号	年	年	月	日	年	年	月	日	年		年	月	日

上記の者の加入を届けます。

平成 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名



※ 注意 1. 性別、年号、職種は、次のコード番号を記入してください。
 2. 氏名には、フリガナをふってください。
 3. 採用年月日を必ずお書きください。

(性別) 1: 男 2: 女
 (年号) 3: 昭和 4: 平成
 (職種) 01: 施設長・事務局長 02: 指導員 03: 保育士 04: 介護職員 05: 医師 06: 看護師 07: 訓練指導員
 08: 栄養士 09: 調理員 10: 事務職員 11: 介助員 12: ホームヘルパー 13: 福祉活動専門員
 14: 児童厚生員 15: その他 (ケアマネ含む)