

(様式第3号)

# 継 続 異 動 届

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

共 済 番 号		(フリガナ) 氏 名											性別
生 年 月 日				加 入 年 月 日				異 動 年 月 日				異 動 後 職 種	
年号	年	月	日	年号	年	月	日	年号	年	月	日		
		旧 (異動前)						新 (異動後)					
契約者番号													
契約者名													
現在掛金額		円		現在俸給月額		円							

上記のとおり異動したので届けます。

平成 年 月 日

契約者住所

電話番号

契約者名

代表者名



※ 注意 性別、年号、職種については、次のコード番号を記入してください。

(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)