

訂 正 依 頼 書

作成年月日 (西暦) 20×× 年 1 月 ×× 日

公益財団法人神奈川県福利協会理事長 殿
次のとおり加入者の訂正がありましたので届けます。

枠内を記入(入力)してください。

事業所番号 (右づめでご記入ください。)	(共済契約者等) 施設等名 代表者名 電話番号	ご担当者名(カタカナ) フリガナ 連絡先電話番号
0 0 3 1	福利保育園 園長 福保次郎 0 4 5 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	フクリ ハナコ 045-〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり訂正がありましたので届けます。

加入者番号 (右づめでご記入ください。)

事業所番号

0	0	3	1	0	0	3	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

加入者氏名	関内 春
-------	------

- 1 変更する事項の□にレ点等でチェックして下さい。
2 訂正する項目のみ記入(入力)してください。

項 目		訂正前	訂正後	事由
☒	職 種 下表より該当する数字を記入(入力)	0 2	0 5	記載誤り
☐	加入年月日			
☐	生年月日			
☐	採用年月日			
☐	標準給与月額			
☐	非常勤等 (雇用形態)			

【個人情報の取り扱いに関する注意事項】

この個人情報は、退職共済およびこれに付帯する事業の目的
のみで利用されます。

職種番号		
01施設長	02指導員	03保育士
04介護職員	05栄養士	06調理員
07看護師	08医師	09事務員
10訓練指導員	11介護支援専門員	12介助員
13ホームヘルパー	14その他	

※福利協会使用欄	事務局長	事務局次長	事務局	主任	内容	電算処理
----------	------	-------	-----	----	----	------