様式14号

訂 正 依 頼 書

作成年月日 (西暦) 年 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	記入者氏名 連絡先電話番号

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 →

加入者 氏 名	

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)			
□	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ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ	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