様式14号

訂　正　依　頼　書

年　　月　　日

公益財団法人神奈川県福利協会理事長　殿

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

次のとおり変更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	

＜変更事項の番号に〇を付けて下さい。＞

番号	項　目	訂正前	訂正後	事由
1	職　　種			
2	加入年月日			
3	生年月日			
4	採用年月日			
5	標準給与月額			
6	非常勤等 （雇用形態）			

※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