

退職給付金共済契約申込書

令和 年 月 日

受 付 印

社会福祉法人 高知県社会福祉協議会 殿

高知県民間社会福祉施設職員退職給付金共済契約約款の規定により別記のものを被共済職員とする退職給付金共済契約を締結したいので関係書類を添えて申し込みます。

申込者	法人等の名称 及び代表者	名 称			代 表 者 職 ・ 氏 名					
		(フリガナ)								
	住 所	(フリガナ)			郵便番号	電話番号	F A X 番号	メー ル ア ド レ ス		
(フリガナ) 社会福祉施設の名称		(フリガナ) 社会福祉施設の住所		加入年月日	施設種類	郵便番号	電話番号	F A X 番号	施設メール アドレス	書 類 送付先 契約者

- 【注意事項】
1. すでに契約を済ませている法人及び団体が施設を新設した場合の加入届もこの様式によります。
 2. 書類送付先が契約者と同じである場合は、書類送付先契約者欄に○印を記入して下さい。