

(様式 1-2 号)

福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度

施設加入申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会会長 様

本会が職員の福祉向上を図るために行う福利厚生共済事業の実施において、福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度に新たな施設加入を、下記のとおり申し込みたいとします。

(申込者)  
法人名

法人代表者名

公印

法人所在地

記

1 契約を申し込む施設・団体に関すること

施設・団体の名称	
施設・団体の種別	
施設・団体の代表者	
施設・団体の所在地	〒
TEL・FAX	TEL: FAX:
メールアドレス	
加入予定職員数	人(うち、新規加入予定者 人)
担当者	

2 職員に関すること 別添(様式1-1号)のとおり

3 施設加入希望年月日 平成 年 月 日

4 労使協定書(写し) 別添のとおり