

(様式1号)

福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度

委託契約申込書

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規程第4条に基づき、貴会と委託契約を締結したく、下記のとおり申したいします。

申込者 法人名
代表者名
所在地
印

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	
担当者	

2 職員に関すること 別添（様式1-1号）のとおり

3 契約希望年月日 平成 年 月 日

4 委託契約書 別添（様式16号）のとおり

5 労使協定書（写し） 別添のとおり