

常務理事	局長	局次長	係員	

施設・団体契約申込書

記入日 西暦 年 月 日

公益社団法人 千葉県社会福祉事業共助会 会長
千葉県社会福祉事業共助会退職共済規程を承諾のうえ、下記のとおり、施設・団体契約の申込をします。

法人代表者印(公印)

共 済 契 約 者 (法人)			
法人名			
代表者職種		代表者氏名	

申 込 者 (施設・団体)						
施設・団体名カナ						
施設・団体名漢字						
業 種	☐	老人福祉施設	☐	身体・知的障害施設	☐	保育所・認定こども園
	☐	児童福祉施設	☐	社会福祉協議会	☐	特定非営利活動法人
	☐	医療施設	☐	各種団体		
代表者職種						
代表者氏名						
事務担当者 メールアドレス						

施設代表者印(公印)

※ メールアドレスについては、実際に共助会の事務を担当する方のメールアドレス等を記入してください。

【施設・団体所在地】

郵便番号	
住所	
電話番号	FAX番号

【送付先】

同上	☐	※ 上記施設・団体名、所在地と同じ場合は「同上」にレ点チェックしていただくことで、記入は省略可能です。
送付先名称		
郵便番号		
住所		
電話番号	FAX番号	

※ 別途、口座振替依頼書のご提出が必要になります。必ず共助会へお問合せください。

掛 金 ・ 貸 付 金 引 落 口 座			
銀行コード		銀行名	
支店コード		支店名	
口座番号	普通 ・ 当座 (いずれかに○)		※口座番号は右詰めでご記入ください。
口座名義 カナ			