

継続職員異動届

一般社団法人
埼玉県社会福祉事業共助会理事長 様

異動前	施設団体番号	施設団体名	所属長名 (印)
	電話番号		
異動後	施設団体番号	施設団体名	所属長名 (印)
	電話番号		

異動年月 (西暦)

年	月
---	---

フリガナ氏名	異動前 会員番号	標準報酬	職種
		000	
		000	
		000	
		000	
		000	
		000	

共助会受付印

ご注意

- 異動年月は、異動後の施設団体の会員となった年月を記入してください。
- 異動基準日は毎月1日です。月の途中の異動は翌月1日になります。
- 標準報酬については、異動前の標準報酬をご記入下さい。ただし、10月異動の場合は、異動後の標準報酬をご記入下さい。

<提出期限各月10日迄>

施設長	01	栄養士	08
相談・支援・指導員	02	調理員	09
保育士	03	事務員	10
介護職	04	ホームヘルパー	12
医師・セラピスト	05	運転手	13
看護師	06	介護支援専門員	14
事務(局)長	07	その他 職種	99