

年 月 日

共済会システム ID・パスワード再発行依頼書

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会長 宛

法人名

代表者

(印)

担当者名

電話番号

1 送付希望方法 (いずれかに○をしてください)

- ① 郵送を希望します
- ② FAX送付を希望します

2 送付希望先 (いずれかに○をし、②の場合は施設情報を記載してください)

- ① 法人本部への送付を希望します
- ② 下記の施設・団体への送付を希望します

施設番号
<input type="text"/>

施設・団体名称
<input type="text"/>

3 ID情報

再発行を依頼するIDについて、把握している情報を記入してください。不明な箇所は空欄としてください。

ID
<input type="text"/>

システム登録の担当者名
<input type="text"/>

ID権限 (○をつける)
①管理者ID ②担当者ID ③閲覧ID

4 備考

【記入の仕方】

- 1 必要事項を記入し、法人代表者印を押印し、従事者共済会へFAX (03-5283-6997) してください。原本の郵送は不要です。
- 2 従事者共済会からID・パスワードを送付する宛先は、法人本部、もしくは従事者共済会と契約している施設・団体とします。