

従事者共済会 氏名等変更届

年 月 日

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会長 宛

法人名	
法人代表者	(印)

施設番号	<問合せ先>
施設・団体名称	
	担当者
	電 話

以下のとおり、職員の氏名等の変更を届け出ます。

加入者番号	加入者氏名	変更後の氏名	職種コード	氏名、職種以外の変更
		フリガナ		
		フリガナ		
		フリガナ		
		フリガナ		
		フリガナ		

- 【注意事項】
- 1 氏名、職種、性別の変更や就職年月日の訂正や変更が生じた場合に提出してください。
 - 2 法人代表者印を押印し、本書（原本）を従事者共済会に提出し、コピーを施設・団体に保管してください。

職種コード			
0 1	施設長 (理事長、常務理事、副施設長等)	0 6	看護師 (准看護師、保健師)
0 2	指導員、介護支援専門員 (支援員、相談員等)	0 7	調理関係 (調理員、栄養士)
0 3	保育士	0 8	事務員(事務長)
0 4	介護職 ヘルパー(ケアワーカー)	0 9	医療技術員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師)
0 5	医師	1 0	その他