

従事者共済会 復職届

年 月 日

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会长 宛

法人名		
法人代表者	(印)	

下記のとおり、職員の復職を届け出ます。

施設番号 [Redacted]	<問合せ先>	
施設・団体名称 [Redacted]	担当者	[Redacted]
	電話	[Redacted]

復職開始日
(西暦) [Redacted] 年 [Redacted] 月 1 日

加入者番号	加入者氏名	職種コード
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

【注意事項】

- 1 復職に伴い、職種を変更する場合のみ、職種コードをご記入ください。
- 2 復職月から掛金の請求が再開します。
- 3 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・団体で保管してください。

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