

措置入所障害児関係業務従事職員数・特定職員数の見込数変更届

(約款様式第2号の2)

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

機構受付日付印

該当する番号に○をつけてください。

1. 措置入所障害児関係業務従事職員数
2. 特定職員数

の見込数について、変更がありましたので、届け出ます。

◎ ◎
この届出は、独立行政法人福祉医療機構に提出してください。
◎ コピー1部を共済契約者控としてお手元に残してください。

共済契約者番号					共 済 契 約 者	名 称					
						主たる事務所の所在地	郵便番号 —				
						事務担当者氏名	連絡先		電話 — —		
施設番号					施設・事業の名称						
変 更 前					措置入所障害児関係業務従事職員数 (見込数)				特 定 職 員 数 (見込数)		
					人				人		
変 更 後					措置入所障害児関係業務従事職員数				特 定 職 員 数		
					人				人		
備 考											

<記載上の留意点等>

- 1 この届は、措置入所障害児関係業務従事職員数又は特定職員数の見込数が、確定した措置入所障害児関係業務従事職員数又は特定職員数と異なっていた場合のみ提出してください。
- 2 この届は、当該年度5月末日までに必ず提出してください。
- 3 は記入しないでください。