

登録職員資格喪失届

公益財団法人 山口県健康福祉財団理事長 様

次のとおり登録職員が資格を喪失したので、届け出ます。

| 届出者 | 施設番号 | 施設第 | 995 号 | 施設等の名称 | 健康苑 | | | | | | | | | |
|---------|-----------|------------|----------|--------------|--------------|-------------|---------|--|-------------|----------|---|--|--|--|
| | 加入施設経営者氏名 | | | | 理事長 | | | | | | | | | |
| 登録職員番号 | フリガナ氏名 | 生年月日 | 制度区分 | 加入年月日 | 退職等年月日 | 中断(休業)期間の有無 | 加入期間 | 脱退事由 | 福祉医療機構加入の有無 | ※ 資産取崩し額 | | | | |
| 9950005 | ヤマダ ハジメ | 昭和 47年2月6日 | 福利厚生 | 平成 21年 4月 1日 | 令和 6年 3月 31日 | 有・無 | 15年 0ヶ月 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | 本体 | 円 | | | |
| | 山田 一 | | 退職 第2 | 平成 21年 4月 1日 | | | | | | 計 | | | | |
| | 野村 美智子 | | 退職 第2 | 年 月 日 | | | | | | 計 | | | | |
| 9950020 | ノムラ ミチコ | 平成 2年4月5日 | 福利厚生 | 令和 2年 1月 10日 | 令和 6年 3月 20日 | 有・無 | 4年 3ヶ月 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | 本体 | | | | |
| | 野村 美智子 | | 退職 第2 | 令和 2年 1月 10日 | | | | | | 計 | | | | |
| | 野村 美智子 | | 退職 第2 | 令和 4年 1月 1日 | | | | | | 計 | | | | |
| | | 年 月 日 | 福利厚生 | 年 月 日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | 本体 | | | | |
| | | 年 月 日 | 退職 第2 | 年 月 日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | 第2 | | | | |
| | | 年 月 日 | 退職 第2 | 年 月 日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | 1 定年 2 自己都合 3 死亡 4 その他 () | 有・無 | 計 | | | | |

加入をしている制度について、それぞれの加入年月日をご記ください。

独立行政法人福祉医療機構加入の有無について、○をつけてください。

休業期間及び、第2制度中断期間の有無について、○をつけてください。

注 ・ ※は記入しないでください。