（第 12 号の 2 様式）

共済会受付印

第 2 出資金口数変更届

年　　月　　日

一般社団法人　北海道民間社会福祉事業職員共済会会長　様

下記の被共済職員の第 2 出資金口数を変更しますのでお届けします。

会員番号		会員名 及び 代表者名		㊞
施設団体 番　　号		施設・団体名		

第 2 出資金口数変更日						
平成			0	4	0	1

職　員　番　号	被共済職員氏名	口　数
		口
		口
		口
		口
		口
		口
		口
		口
		口
		口
		口

【注意事項】

1．口数の変更は年 1 回 4 月となります。年度途中の変更はできません。
2．口数は 1 口から 30 口の範囲で記載してください。

共済会担当者・連絡先			
担当者名：	電話：	―	―
	FAX：	―	―

登録年月日