

勤続期間通算承認

資格喪失者
中断者
中断者資格喪失

報告書

下記のとおり報告します。

平成 年 月 日

一般社団法人

福岡県私立幼稚園退職金基金社団理事長 殿

会員名	幼稚園
会員番号	()
学校法人等名	印
代表者名	

（様式第4号の1）

教職員番号	フリガナ名	資格喪失・中断者 中断者資格喪失			資格喪失時		備考
		年号	事由の生じた 年 月 日	事由	標準給与月額		
		平	年 月 日	普通死 懲戒解雇 転勤 な	千 円		

上記の教職員は、平成 年 月 日付けで _____ 幼稚園を退職。

平成 年 月 日付けで _____ 幼稚園に引続き勤務するので

退職手当資金については、勤続期間を通算することを承認します。

ただし、その後において通算が認められない場合の退職手当資金は、旧所属で給付することにします。

事務局長
係
係

記入上の注意 必ずコピーをとり、会員の控としてください。
この報告書は事由発生の日から10日以内に提出してください。
資格喪失事由欄は、転勤を○でかこんでください。

【提出用】