

(様式第13号)

## 会員期間通算希望申出書

一般財団法人 兵庫県学校厚生会 理事長 様

年 月 日

会員資格を喪失しましたが、再び会員資格を取得した場合には期間通算することを希望します。

所属所名			
会員番号		会員名	(自署)
会員資格喪失年月日	年 月 日	再採用予定年月日	(離職再採用制度の場合のみ記入) 年 月 日
住所	(フリガナ)		
	〒		
	電話 ( )		—
転出先及び所属所名			転出先の名職
事業の継続	<input type="radio"/>	事業の継続を希望する	
どちらかに○をしてください	<input type="radio"/>	事業の継続を希望しない	

- この申出書は**会員資格喪失後1か月以内**に提出してください。
- 離職再採用制度を取得される方は、再採用予定年月日も記入してください。
- 当申出書提出後、再び会員資格を取得する見込みがないとき、及び退職等により会員資格を放棄する場合は様式第14号により申出をしてください。
- 「会員名」の欄は、自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載のうえ、押印してください。

受付印

--