

勤続期間通算承認

資格喪失報告書

下記のとおり報告します。
令和 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 代 表 者 名	印

(様式第4号の1)

教職員 番 号	フリ 氏 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	
		令		転 勤		

上記の教職員は、令和 年 月 日付けで 幼稚園を退職。

令和 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。

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。

事務局長

係

係

【提出用】