令和　　年　　月　　日

会員餞別金該当者報告兼請求

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発信者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　この度、上記該当者が発生しましたので、報告・請求いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会員の施設名 | |  |
| 餞別 | 対象者氏名 |  |
| 施設長就任期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 施設長在任期間 | 年　　ヵ月 |
| その他 | |  |
|  | |  |

　　　　請求合計額　　　　件×10,000円＝

受取者施設名　　　　　　　　　　　　　　　　受取者名　　　　　　　　　　　印

　令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人神戸市老人福祉施設連盟　慶弔規程

**【　理事長専決による事業　】**

一　平成２０年１０月以前のもの

(3) ２年以上施設長（市立施設を除く）を歴任し退職された場合に、餞別１万円を支給し在任中の功労を労っています。但し、同一法人内の異動は、通算とみなす。