別紙様式第１号

短時間勤務の措置申出書

公立学校共済組合病院職員の短時間勤務に関する規程第２条第２項の規定に基づき、下記により短時間勤務の措置の承認を申し出ます。

記

１　申出に係る子の氏名等

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日(年齢)　　年　　月　　日生(　　歳)

(学年等)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　申出内容

□　短時間勤務の承認

□　短時間勤務の期間の延長

３　希望する短時間勤務の形態等

日曜日から土曜日のうち、

□　３日勤務　　□　４日勤務

４　希望する措置の適用を受ける期間

＿＿＿＿年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

年　　月　　日

所属職名

氏　　名　　㊞

公立学校共済組合九州中央病院長　殿

(記入上の留意事項等)

当該措置を受ける必要が生じた事実を証明する書類を添付すること。

該当する□には✓印を記入すること。