

【介護】 始業・終業時刻変更申出書

人事局長 殿

申出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申出者 所属 _____

個人識別番号 _____

氏名 _____ 印 _____

私は、「上智学院介護休業規程」第9条の定めるところにより、下記のとおり、始業・終業時刻変更の申し出をいたします。

記

介護対象者の氏名	過去申出の有無：有・無
申出者との続柄	
介護を必要とする理由	
本年度申出期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()
始業時刻・終業時刻	始業 午前 時 分 終業 午後 時 分 ※所定勤務時間は短縮・延長不可 ※変更できる時間は15分又は30分

添付書類(各1通)

- 1) 介護対象者の医師の診断書(正本:期間の記載のあるもの)
- 2) 「住民票記載事項証明書」又は「戸籍抄本」等(正本:対象家族の方の氏名、申請者本人との続柄、性別、生年月日等が確認できる書類)

上記の件、確認いたしました。 所属長 (局長等) _____ 印 _____

所属長 (グループ長・センター長等) _____ 印 _____

人事局長	人事サービス グループ長	人事サービス グループ TL	担当

(2016.4)