

高 齢 者 部 分 休 業 取 消 等 同 意 書

年 月 日

日南町教育委員会 様

学校名

職

氏名

印

下記のとおり高齢者部分休業の承認の取消し(又は勤務しない時間の短縮)に同意します。

1 区 分	☐ 高齢者部分休業の取消し ☐ 高齢者部分休業の勤務しない時間の短縮				
2 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで (申請者の定年退職日)				
3 短縮後の 休業時間	毎日	時 分 ~ 時 分	水	時 分 ~ 時 分	
	日	時 分 ~ 時 分	木	時 分 ~ 時 分	
	月	時 分 ~ 時 分	金	時 分 ~ 時 分	
	火	時 分 ~ 時 分	土	時 分 ~ 時 分	
	1週間を通じた休業時間の合計				時間 分
	(当初承認のあった1週間を通じた休業時間の合計				時間 分)
4 学 校 長 の 意 見	(職氏名) 印				
5 備 考					

- (注) ① 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
- ② 「短縮後の休業時間」欄は、「区分」欄で「高齢者部分休業の勤務しない時間の短縮」を選択した場合に記入すること。
- ③ 「学校長の意見」欄は、取消し又は勤務しない時間の短縮の理由等について記載すること。
- ④ 該当する口には、☒印を記入すること。