

高 齢 者 部 分 休 業 取 消 希 望 願

年 月 日

日南町教育委員会 様

学校名

職

氏名

㊞

下記の理由により高齢者部分休業の承認の取消しを希望しますので、取消してくださるようお願いいたします。

1 取 消 し 希 望 理 由	(※具体的な内容を記載すること。)
2 事 由 が 生じた日	年 月 日
3 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 必要な証拠書類を添付すること。