第２号様式

高齢者部分休業承認取消し・休業時間短縮同意書

　　　　　　　　年　　月　　日

公立大学法人山口県立大学 理事長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 所　属  職　名  氏　名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 下記のとおり、高齢者部分休業の | 承認の取消し | に同意します。 |
| 休業時間の短縮 |

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  　　　　　　　　　（当該職員の定年退職日） | | | |
| 短縮後の  休業時間 | 月 | 時　分～　時　分 | 木 | 時　分～　時　分 |
| 火 | 時　分～　時　分 | 金 | 時　分～　時　分 |
| 水 | 時　分～　時　分 |  | |
| １週間当たりの休業時間数　　時間　　分 | | | |
| 備　　考 |  | | | |

注１　「承認の取消し」又は「休業時間の短縮」に○をすること。

２　「承認の取消し」に○をした場合は、「短縮後の休業時間」欄の記載は

不要とする。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とする。