介護休業・介護時間終了届

　　年　　月　　日

学　　長　　殿

〔申出者〕　所属

職名

氏名

　　年　　月　　日に行った 介護休業・介護時間を下記理由により終了しましたので、

届けます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 終了予定日とされた日の前日までに、下記のいずれかに該当する事由が生じ、申出に係る家族を介護しないこととなった。 |
|  | □　申出に係る家族の死亡  □　離婚、婚姻の取消、離縁等により申出に係る家族との親族関係が消滅することと　　なった。  □　申出をした職員が、負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により、当該申出に係る対象家族についての介護休業日数が通算して１８６日に達する日（介護時間にあっては終了予定日）までの間、当該家族を介護することができない状態になった。 |
| □ | 休業終了予定日とされた日までに、申出をした職員について産前産後休暇期間、育児休業期間又は介護休業期間が始まった。 |

※　不要の文字を抹消すること。