介護休業・介護時間　撤回・消滅届

　　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・介護時間の申出を下記理由により撤回します・消滅しましたので届けます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| □　自己都合 | |
| □　特別な理由 | □　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９３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。 |

※　不要の文字を抹消すること。