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。 |
| □ | 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。