介護のための時間外勤務制限等終了・消滅届

　　年　　月　　日

学　　長　　殿

〔申出者〕　所属

職名

氏名

　　年　　月　　日に行った介護のための時間外勤務制限・時間外勤務免除の請求が下記理由により終了・消滅しましたので届けます。

記

|  |
| --- |
| □　請求に係る家族の死亡 □　離婚、婚姻の取消、離縁等により請求に係る家族との親族関係が消滅することと　　なった。□　請求をした職員が、負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により、当該請求に係る時間外勤務制限等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。