

Fax (フリーダイヤル)  0120 - 15 - 3194

教職員福利厚生事務センター 連絡票

連絡日 20〇〇年 8月 22日
連絡者 生協 太郎

下記の事由に該当する場合、ご連絡をお願いします。
(氏名変更、復職、無給休職、休職延長、育休、育休延長、介護休暇、途中退職、途中異動、その他)

| | | | |
|-----------|------------|----------|--------|
| 学校名(必須) | 鹿児島市立生協小学校 | 氏名(必須) | 生協 花子 |
| 学校コード(必須) | 123456 | 職員番号(必須) | 654321 |

1. 氏名変更の場合

| | |
|--------|----------|
| 変更後の氏名 | ふりがな(必須) |
| | |

2. 休職・育休・介護休暇等から復職の場合

| | |
|-------|-------|
| 復職予定日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

3. 無給休職 4. 休職延長 5. 育休 6. 育休延長 7. 介護休暇 (該当番号に 印を付けてください)

| | |
|------------|------------------|
| 給料の支給がない期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 請求書送付先住所 | 〒 - TEL () - |

8. 途中退職の場合

| | |
|---------|------------------|
| 退職日 | 年 月 日 |
| 退職後の連絡先 | 〒 - TEL () - |

9. 途中異動の場合

| | | |
|---------|-------|-------|
| 異動先の学校名 | 異動発令日 | 年 月 日 |
| 学校コード | | |

10. 育休中に第2子以降の産前休暇に入った場合、産前休暇に入る日を記入して下さい。

| | |
|-------|--------------|
| 産前休暇日 | 20〇〇年 9月 10日 |
|-------|--------------|

11. その他(具体的に記述して下さい。)

| |
|--|
| |
|--|

辞令等で確認の上、正確に記入する。

- * 病気休職者等、県市町より給料が8割支給の場合は連絡して頂く必要はありません。
- * 期限付教職員、市町村費職員についても記入をお願い致します。
- * 連絡票につきましては、一枚に一人だけご記入の上、報告をお願い致します。

<個人情報の取扱いについて> この連絡票に記載された個人情報は、教職員福利厚生事務センターにおける給与引去り事務にのみ使用し、関係団体と情報共有する場合があります。

毎月の25日までの報告は翌月には反映されます。

* この書式は、「学校生協HP」にも掲載してあります。

Fax 0120-15-3194