

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	20〇〇年 9月 1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	年 月 日
-------	-------

11. その他(具体的に記述して下さい。)

--

- * 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