

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

給料の支給額が8割以下(無給)となる場合に報告する。

連絡日 20〇〇年〇月〇日
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	20〇〇年3月1日 ~ 20〇〇年8月31日
請求書送付先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 鹿児島市春日町 〇〇 〇 TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

辞令等で確認の上、正確に記入する。

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