|  |  |
| --- | --- |
| ※第　　　　号 |  |
| 産休等代替職員任用変更報告書 |
| 産休等職員 | （ふりがな） |  | 職　種 |  |
| 氏　名 |  |
| 出産予定日（病休開始日）　　　　年　　　月　　　日 | （※）既に出産日を過ぎている場合出産日　　　　年　　　月　　　日 |
| 変更理由（該当する数字を○で囲んでください。） | １　雇用関係がなくなったため（事実発生日　　年　　月　　日　）２　就業したため （事実発生日　　年　　月　　日　） |
| 産休等代替職員 | （ふりがな） |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 変更理由 | 雇用関係がなくなったため（事実発生日　　年　月　日　）（具体的に記入） |
| 任用予定期間 | 変更前 | 年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで |
| 変更後 | 年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで |
| （該当する数字を○で囲んでください。）　１　新たに産休等代替職員を任用（予定）する。　２　新たに産休等代替職員を任用しない。 |
| 年　　月　　日付け任用報告をしました産休等代替職員については、上記のとおり変更をしましたので報告します。 |
| 年　　　月　　　日熊本県知事　　　　　　　　　様 | 申請者住所（法人の所在地）法人名代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　施設住所施設種別施設名 |
| * 経由機関(振興局)名
 | 受理年月日　　　年　　　月　　　日 | 意見適 ・ 否 | 進達年月日　　　年　　月　　日 |

注１　字はかい書ではっきり記入してください。

　２　※の欄には記入する必要はありません。

　３（※）の欄には関係施設のみ記入してください。