様式１０

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 育児短時間勤務承認（期間延長承認）請求書  年　　月　　日  （宛先）札幌市病院事業管理者  　　　　病院局長  （請求者）  所属  職  氏名  職員番号  　下記のとおり、育児短時間勤務の（承認・期間の延長の承認）を請求します。 | | |
| 養育する子 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 続柄等 |  |
| 育児短時間勤務を  しようとする期間 | | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  (合計　　　年　　　月　　　日) |
| 希望する勤務時間  及び週休日 | | ・　１日の勤務時間  　　　時　　分から　　時　　分まで  ・　休憩時間  　　時　　分から　　時　　分まで  ・　１日の勤務時間数  　　時間　　分  ・　週当たり勤務時間数  　　　時間　　分  ・　週休日  　　　　　　曜日 |
| 備考 | |  |

　注１　育児短時間勤務の終了の日の翌日から１年を経過せずに同一の子に係る育児短時間勤務の承認を請求する場合は、理由書（様式２）を添付してください。

２　特別の勤務に従事する職員等で「希望する勤務時間及び週休日」欄への記載が困難な場合は、勤務表等の勤務時間、週休日等が分かるものを添付してください。

３　期間延長の場合、「希望する勤務時間及び週休日」欄には、現在承認されている内容を記入してください。

　備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。