

短時間正職員制度利用申出書

宮崎医療生活協同組合 理事長 殿

[申出日] 年 月 日

[申出者] 所属/部署 _____ 氏名 _____

私は、短時間正職員制度に基づき、下記のとおり申請をします。

項目	回答
1, 適用理由	<input type="checkbox"/> 育児・介護 <input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> その他 ()
2, 申請期間	年 月 日 ～ 年 月 日

- 原則1年。
- 更新は通算3年（特別な事情がある場合は常勤理事会の承認をもって延長できる。）
- 制度は一時的措置として可能な限り通常勤務への復帰を基本とする。
- 週の所定労働時間は20～35時間未満とし、原則時間外は行わない。但し本人が同意した場合は可。
- 給与、賞与は所定労働時間に応じて比例支給とする。
- 退職金は1年以内は同額支給とする。1年を超えた場合は労働時間に応じて支給する。

所属長	院長/所長	総務部長	理事長