人事課長　殿

**短縮勤務願**

　病気休職から復職するにあたり、　　　　年　　月　　日までの間は下記の短縮勤務ができるようお取り計らい願います。

　なお、当該期間で休暇を承認された期間以外については、給与が支給されないことを了承いたします。

記

１．復職年月日　　　　　　　年　　月　　日

２．短縮勤務の期間　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

３．短縮勤務の形態　勤務する時間　　　　時　　分～　　　時　　分

　　　　　　　　　　勤務しない時間　　　時　　分～　　　時　　分

　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　（本人）

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　（監督者）

　　　　　　　　　　　　　　　　職名

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名