

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

連絡日 年 月 日

連絡者 _____

※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)		氏名(必須)	
学校コード(必須)		職員番号(必須)	

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	年 月 日 ~ 年 月 日
請求書送付先住所	〒 - TEL () -

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、区市町より給料が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
給与引取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。

Fax 0120-15-3194