

産前産後休暇及び育児休業取得に係る意向確認書

記入日 年 月 日

必須記入 (※印は女性のみ)	職員番号 (不明の場合は空白)		性別	男 ・ 女			
	フリガナ				旧姓使用の方は 以下に旧姓を記入		
	氏名 (戸籍名)						
	生年月日	年 月 日					
	所属				内線		
	雇用形態	(ア) 常勤	(イ) 特定有期(フル)	(ウ) 年俸制教員	(エ) 非常勤 (週20時間以上、 かつ週3日以上)	(オ) 非常勤 (週20時間未満、 かつ週3日以上)	(カ) 非常勤 (週20時間未満、 かつ週3日未満)
	出産種別	単胎 ・ 多胎					
	産前休暇開始日(※)	年 月 日					
	出産(予定)日	年 月 日					
	産後休暇終了日(予定)(※)	年 月 日					
雇用形態で (カ)以外 を選んだ方のみ	産前休暇開始日、産後休暇終了日の変更(期間の短縮)希望有無(※) (いずれかに○)		1) どちらも変更無し 2) 産前休暇開始日の変更を希望する(開始日を後倒しする) 3) 産後休暇終了日の変更を希望する(終了日を前倒しする) ※産後休暇を前倒して終了する場合は医師の診断書が必要です				
	育休取得希望有無 (いずれかに○)		1) 育休取得を希望する 2) 育休取得を希望しない 3) 未定				
	育休取得希望期間 (予定)		年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日				
必須記入	お子様の 保険証について (どちらかに○)		1) 自分の扶養に入れる 2) 配偶者の扶養に入れる				
	産休・育休中 のご連絡先	ご住所	〒				
		電話番号					
		メール					
	育児休業の制度に関する資料の内容を確認しましたか		はい ・ いいえ				
産休・育休を取得することについて、 以下に連絡していますか ・所属部署 ・年休を申請する部署		はい ・ いいえ ※いいえの場合、左記部署への連絡はご自身でお願いします					

共済積立貯金	有・無	福利チェック欄	COMPANY
共済団体終身保険	有・無		
共済財形貯蓄	有・無		
共済貸付	有・無		
確定拠出年金(給与天引き)	有・無		

【提出先】1号館2階⑤番窓口

福利厚生給与課福利厚生第2グループ(内線5043)

※メールで提出する場合は、以下のアドレスまでお送りください。

件名 : 意向確認書の提出(※氏名※)

提出先 : jinji-roumu@ml.tmd.ac.jp

※福利チェック欄にチェックが入っていない申請書を受領した場合は、福利厚生第2グループに回してください。