

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、無期	(イ) 有期(フルタイム)	(ウ) 年俸制教員	(エ) 有期、日々雇用 (週20時間以上、 かつ週3日以上)	(オ) 有期、日々雇用 (週20時間未満、 かつ週3日以上)	(カ) 有期、日々雇用 (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					
	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) ※産後休暇を前倒しして終了する場合は医師の診断書が必要です					
雇用形態で(カ)以外 を選んだ方のみ	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	
	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					
必須記入	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、 所属部署に連絡していますか	はい ・ いいえ ※いいえの場合、所属部署への連絡はご自身でお願いします						

【裏面についてもご記入ください】

共済積立貯金	有・無	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

【仕事と育児の両立に関する意向】

※以下の勤務条件や両立支援制度等について、希望の条件や利用期間があれば記載してください。特に無ければ空欄で結構です。

<勤務条件>

項 目	希 望 内 容
勤務時間帯(始業及び就業の時刻)	
勤務地(就業の場所)	

<両立支援制度等の利用期間>

項 目	希 望 内 容
育児休業	
短時間勤務	
育児時間	
所定勤務時間を超える勤務の制限	
超過勤務の制限	
深夜勤務の制限	
子の看護等休暇	
早出遅出勤務	

【その他、仕事と育児の両立に資する就業の条件について希望すること(その理由)】

※障害のある子や医療的ケアを必要とする子を養育している場合や、ひとり親である等の場合であって、仕事と育児の両立に資する就業の条件について希望することがあれば、こちらに記載してください。

--