高齢者部分休業承認取消し・休業時間短縮同意書

|  |
| --- |
| 　　　　　　　年　　　　月　　　　日任命権者　　　　　　　　　　　　　殿申請者　　所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　□　承認の取消しに同意します。　□　次のとおり短縮後の休業時間に同意します。 |
| 短縮後の休業時間 | 毎日 | 時　　　　分から時　　　　分 | 水 | 時　　　　分から時　　　　分 |
| 月 | 時　　　　分から時　　　　分 | 木 | 時　　　　分から時　　　　分 |
| 火 | 時　　　　分から時　　　　分 | 金 | 時　　　　分から時　　　　分 |
| 休業時間の合計　　　　　　時間 |
| 備　　考 |  |

（注）　該当する□には✓印を記入すること。