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。