|  |  |
| --- | --- |
| ※第　　　号 |  |
| 産休等代替職員任用報告書 |
| 産休等職員 | ふりがな |  | 生 年月 日 | 昭・平　　年　　月　　日生 | 職種 |  |
| 氏　　名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| （ 出産予定日 ・ 病休開始日 ）　　 年　　月　　日 | 傷 病 名(病休の場合) |  |
| 当該施設就業規則等産前休業期間　 産前　　　週間 |
| 産休等代替職員 | ふりがな |  | 生 年月 日 | 昭・平　　年　　月　　日生 | 職種 |  |
| 氏　　名 |  |
| 性 別 | 男 ・ 女 |
| 任用職種資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 任用予定期　　間 | ①産休の場合出産予定日（　　　年　　月　　日）の　　週間前の日（　　　年　　月　　日）から産後 週間を経過する日までの期間②病休の場合病休開始後　　　日目（　　　　年　　　月　　　日）から病休開始後　　　日目（　　　　年　　　月　　　日）までの期間（　　　日間）ただし、この期間内において、産休等職員の雇用関係がなくなったとき、または産休等職員が勤務を開始したときはその前日までの期間 |
| 上記のとおり就職することを承諾いたします。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 任用に係る所要予定日数及び経費 | 　　　　　円（日額単価）×　　　日＝　　　　　　　円 |
| 報告日の属する月の初めの施設の状況 | 施設定員人 | 職 員種 別 |  |  |  |  |  | 計 |
| 施設現員人 | 定数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 現員 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 上記のとおり産休等代替職員を任用しましたので報告します。 |
| 年　　　月　　　日熊本県知事　　　　　　　　　様 | 申請者住所（法人の所在地）法人名代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　施設住所施設種別　　　　　　　施設名 |
| ※経由機関(振興局)名 | 受理年月日　　　年　　　月　　日 | 意見適 ・ 否 | 進達年月日　　　年　　　月　　　日 |

注１　字はかい書ではっきり記入してください。※印の欄には記入する必要はありません。