

様式 2

滋賀県病院事業庁育児休業代替任期付職員等登録変更・取消届

年 月 日

滋賀県病院事業庁長 様

氏名

下記のとおり、滋賀県病院事業庁育児休業代替任期付職員等登録の変更・取消をしたいので、届け出ます。

記

(該当する項目を○で囲んでください。)

変 更

取 消

職種・整理番号 (※必須)

変更内容 (※該当がある場合)