

様式 1

復職支援相談に係る日程調整票

令和 年 月 日

宮崎県教育庁財務福利課長 殿
公立学校共済組合宮崎支部事務長

所属所名
所属所長名
電話番号

下記のとおり、復職支援相談の実施を希望します。

記

1 復職支援相談の希望日時

第1希望	令和 年 月 日 () 曜日 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで
第2希望	令和 年 月 日 () 曜日 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで
第3希望	令和 年 月 日 () 曜日 午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで

※ 相談時間は4時間以内で設定してください。

2 相談場所

相談室 () 棟 () 階 () 室

3 相談予定者（職員と管理職以外に、相談を予定している方）

- ①職員の家族 (配偶者 ・ 両親) (他の方：続柄)
②所属の職員 名

【送付先】

宮崎県教育庁財務福利課 福利厚生担当
住 所：880-8502 宮崎市橋通東1丁目9-10
T E L：0985-26-7242
F A X：0985-25-7137
M a i l：kyoikucho-hokenshitsu@pref.miyazaki.lg.jp