

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<br>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<br>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<br>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](mailto:kyoikucho-hokenshitsu@pref.miyazaki.lg.jp)