介護休業・介護両立支援制度取得意向確認書

Confirmation of Intention to Take Caregiving Leave of absence / Caregiving Balance Support System

介護休業・介護両立支援制度取得意向確認書

Confirmation of Intention to Take Caregiving Leave of absence / Caregiving Balance Support System

提出年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　日

Submission date:

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（提出者/Submitter）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　員　番　号/Employee ID No.

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　配属又は所属/Affiliation

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　　　　　名/Title

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　　　名/Name

介護休業・介護両立支援制度の取得意向について，下記のとおり届け出ます。

I hereby declare my intention to use the caregiving leave of absence and caregiving support system as follows.

記

|  |  |
| --- | --- |
| 該当するものに○  Mark the applicable item with a circle. | 意向  Your intention |
|  | 介護休業を取得する  To take Caregiving Leave of absence |
|  | 介護部分休業を取得する  To take Partial Caregiving Leave of absence |
|  | 介護休暇を取得する  To take Caregiving Leave |
|  | 時間外労働又は深夜労働の制限を利用する  To use overtime or late-night work restrictions |
|  | 取得する意向はない  No intention to take Caregiving Support System |
|  | 検討中  Considering |

　※この確認書は，育児・介護等休業法の改正に伴い，職員から介護に直面した旨の申出があった場合に，介護休業・介護両立支援制度の取得意向確認を行うことが義務付けられたことにより届出していただくものです。

\* As required under the revised Act on Childcare Leave/Caregiver Leave to confirm employees’ intentions regarding the taking of Caregiving Leave of absence and the Caregiving Balance Support System when they have reported facing caregiving responsibilities, the University now asks you to file this confirmation form.

　※この確認書は，配属（所属）の人事事務担当者から介護休業・介護両立支援制度に関する説明を受けた後，2週間以内を目途に，配属（所属）の人事事務担当者に届出してください。

\* Please file the completed confirmation form with the staff in charge of personnel affairs at your department within two weeks after the staff have explained the caregiving leave of absence, etc. to you.

　※この確認書の届出は必須ではありませんが，大学として意向内容を把握したいため，可能な限り届出をお願いします。

\* While filing this form is not mandatory, we ask that you do so if at all possible so that we will understand what you wish to do.

　※提出後，取得に係る意向に変更がある場合は，配属（所属）の人事事務担当者に連絡してください。

\* Should there be any change in your intention regarding the taking of caregiving Leave of absence following submission of the form, please contact the staff in charge of personnel affairs at your department.

　※この確認書に記載された内容は，介護休業・介護両立支援制度の取得の意向を把握するために使用するものであり，この目的以外の目的で利用することはありません。

\* The University will use the information you provide in this confirmation form for the purpose of understanding your intentions regarding the taking of caregiving leave of absence and the caregiving balance support system and will not use it for any other purpose.