

年 月 日

静岡県職員組合執行委員長 様

()支部 ()分会
職場コード()

申請者または分会長 印
(申請者本人が氏名を自署する場合は、押印は不要)

組合費の減免申請書

このことについて、静岡県職員組合同規約第 55 条第 4 項(休職等)に基づき、組合費を減免されるよう申請します。

なお、下記内容及び復職日・給料の号給等を組合が県当局に確認することを了承します。

記

フリガナ 氏名		職員 番号	
自宅住所	〒	電話 番号	
休職事由 (該当に「○」)	育児休業 ・ 傷病 ・ 介護休暇 ・ その他()		
休職予定期間	年 月 日～ 年 月 日		

- 注) ① 自宅住所・電話番号欄は、休職中の連絡に必要なため必ず御記入ください。
② 申請書は必ず支部を経由して提出ください。
③ 組合費の計算のため、組合が県当局に復帰日・給料の号給等を確認することを御了承ください。
④ 記載された内容は、減免に関する事務のみに使用し、それ以外の目的では使用いたしません。

上記のとおり相違ないことを証明します。

支部名

支部長

印

本部使用欄

休職月の組合費(犠牲者救援基金含む)	年 月 分 円
組合費の減免期間	年 月～ 年 月