

専門業務型裁量労働制の適用に関する同意確認書

令和 年 月 日

学 長 殿

氏 名

専門業務型裁量労働制に関し、説明書の内容を十分に理解した
うえで、

(以下のいずれかをチェック)

- ☐ 同制度の適用について同意します
- ☐ 同制度の適用について同意しません