様式第４号（第６条、第８条－第10条、第12条関係）

年　　月　　日

　　岩手県人事委員会　様

　　　　　　　代表者

又は代理人　氏　　　　　　名

措　置　要　求　書

　　地方公務員法第46条及び勤務条件に関する措置の要求に関する規則第６条の規定により、次のとおり措置要求をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代　表　者 | ふりがな  氏名 | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 住所 | |  | |  | 電話番号 | |  | | |
| 連絡先 | |  | |  | 電話番号 | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | | |  |  | |
| 所属 | |  | | | 職 | |  |  | |
| 措置要求者 | | | （代表者名）ほか　人。別紙「共同的措置要求者名簿」のとおり。 | | | | | | | |
| 措置要求事項 | | |  | | | | | | | |
| 当局との交渉  経過の概要 | | |  | | | | | | | |
| 措置要求をする具体的な理由 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 代理人資格証明書（代理人が措置要求を行う場合に記載すること。）  代表者　氏　　　　　　名  　私は、　　年　　月　　日に下記の者を代理人に選任し、上記に記載する措置要求に関する一切の権限を委任したことを証明します。 | | | | | | | | | | |
|  | ふりがな  氏名 |  | | 職業及び職　　名 | |  |  | | |  |
|  | |
|  | 住所及び連絡先 | 住　所　　　　　電話番号  連絡先　　　　　電話番号 | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | |  |
|  | | | | | | | | | | |

　注１　措置要求書は、正副各１通を提出してください。

　　２　措置要求をする具体的な理由欄は、具体的、かつ、詳細に記載し、記載内容に係る関係資料を有している場合は、これを添付してください。

なお、長文にわたるときは、別紙に記載し、添付してください。

　　３　措置要求を本人が行う場合には、「代理人資格証明書」欄を削除してください。

別紙

共同的措置要求者名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  氏　　　　　名 | 住所及び連絡先 | 生　年　月　日 | 所属 | 職 |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |
|  | 住　所　　　電話番号  連絡先　　　電話番号 | 年　月　日生 |  |  |
|  |