**専門業務型裁量労働制に関する説明**

　　年　　月　　日

所属

氏名　○○○○　殿

専門業務型裁量労働制（以下、本制度という）の概要は、次のとおりです。

　本制度の適用を受けることに関する同意（以下、「本人同意」という）をするか否かの判断につきましては、この文書および添付資料の内容を十分に確認し理解した上で判断をおこなっていただきますようお願いいたします。

・本人同意する場合は、別添の「専門業務型裁量労働 同意書」をご提出下さい。

・本人同意しない場合に不利益を受けることはありませんので、ご安心ください。

添付資料

・厚生労働省パンフレット　〇〇〇〇

・労使委員会決議書

・専門業務型裁量労働　同意書

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**1）専門業務型裁量労働制の制度の概要**

添付の厚生労働省パンフレット　〇〇〇〇　を参照ください。

**2）本制度について定めた労使委員会決議の内容**

本制度の概要（対象業務、対象従業員、みなし勤務、健康と福祉の確保のための措置内容、苦情の申出先等）につきましては、添付の労使委員会決議書を参照ください。

**3）本人同意した場合の評価制度およびこれに対応する賃金制度の内容**

（1）賃金制度　〇〇〇〇・・・

（2）評価制度　〇〇〇〇・・・

**4）本人同意しなかった場合の評価制度および賃金制度の内容**

（1）賃金制度　〇〇〇〇・・・

（2）評価制度　〇〇〇〇・・・

**5）本人同意の撤回が可能であること、および撤回後の配置および処遇**

従業員は、本人同意をした場合であっても、その後に撤回することができます。

また撤回後の配置、処遇等の労働条件は、撤回前の部署において、同職種の労働者に適用される給与規程第〇条および〇〇規程第〇条により決定されます。

**6）本人同意の撤回の手続き**

本人同意の撤回を申し出る場合は、裁量労働制の適用解除予定日の●日前までに  
「専門業務型裁量労働制に関する同意の撤回申出書」を人事部へ提出してください。

**7）不利益な取り扱いの禁止**

本人同意しなかった場合または本人同意を撤回した場合に、配置や処遇等における不利益な取り扱いを受けることはありません。

本制度について何かご不明な点がありましたら、下記担当者までお問い合わせください。

人事部　担当者名　　　　　　　　　 メールアドレス：

TEL：