様式第９号の２（第１０条の２関係）

|  |
| --- |
| 病　気　休　暇　願年　　月　　日　　　　　　　　　　　殿所　属　　　　　　　　　　　　職　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　下記のとおり病気休暇の承認をお願いします。 |
| １　期　　　間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| ２　病　　　名 |  |
|  | 病気休暇（有給）残　　　　　病気休暇（有給）残（　　　日　　　時間）　→　（　　　日　　　時間） |
| 受付年月日 | 年　　　月　　　日 | □承認　　□不承認 |
| 決裁年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 決裁欄 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |