|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第3号（第19条関係） | | | | | | | | | | | |
| 決済月日 | 月 | 決 済 欄 | 管理者 | 副管理者 | 院長 | 施設長 | | 事務局長 | 事務長 | 所属長 | |
| 日 |  |  |  |  | |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 病気休暇申請書 | | | | | | | | | | | |
|  | 所属機関・所属 | | | 職　　名 | | | 氏　　　名 | | | |  |
|  | | |  | | | ㊞ | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 下記傷病のため、療養を必要としますので、加美郡保健医療福祉行政事務組合職員の勤務時間、休暇等に関する規則（平成10年組合規則第7号）第19条第1項の規定に基づき病気休暇申請書を提出します。 | | | | | | | | | | | |
| 療養期間 | | 自　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 至　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 傷 病 名 | |  | | | | | | | | | |
|
| 年　　　　 月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 様 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 備考　 長期間（週休日等を除き7日以上）の病気休暇を請求する場合は、医師の診断書を添付してください。 | | | | | | | | | | | |