|  |
| --- |
| 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。 |