

理事長	院長	事務長	看護部長	経理課	人事課		所属長
					課長	保健師	

休 職 願

令和 年 月 日

公益社団法人鹿児島共済会

理事長 貞方 洋子 殿

所 属

職員番号

氏 名

印

入職年月日

年

月

日

生年月日

年

月

日

今般、下記の理由により、令和 年 月 日付けをもって
休職させていただきたくお願い申し上げます。

〔 休職期間 〕

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

〔 休職理由 〕 (該当する項目に をつけ、その他の場合は具体的理由を記入のこと)

1. 私傷病 診断書 休暇申請一覧(有休、欠勤取得時)を提出
2. 出産 (出産予定日 年 月 日)
3. 労災 労災発生届け 診断書を提出
4. その他 ()

休職後の住所

〒

TEL

【事務記入欄】

- ・ 有休残日数 (月 日以降 月 日まで(有休付与最終日) 日間)
- ・ 有休消化(予定)日数(月 日 ~ 月 日まで 日間)
- ・ 欠勤(予定)日数(月 日 ~ 復職日の前日まで 日間)
- ・ 傷病手当手続き(予定)の有無 (有 ・ 無)
(月 日より傷病手当へ切り替え)