様式第１号（２（１）関係）

病気休暇願

年　　月　　日

　所属長　様

職氏名　印

　私は、下記により病気休暇を受けたいので、ご承認願います。

記

１　期間　　　　年　　月　　日から　　月　　日(　　日間)

２　疾病名

３　添付書類　　診断書