

LEAVE APPLICATION 休暇願

DATE 年月日

PART I: LEAVE APPLICATION 休暇願

1. LAST NAME - FIRST NAME 従業員氏名	2. ORGANIZATION 職場名	3. EMPLOYEE NO. 従業員番号
---------------------------------	---------------------	-----------------------

4. TYPE OF LEAVE 休暇の種類									
	ANNUAL 年次		MONTHLY 月例		SICK 傷病		SICK (MENSTRUAL) 傷病(生理)		SICK (LWOP) 傷病(無給)
	PREGNANCY 妊娠		MOURNING 忌引		ADMINISTRATIVE 管理		LWOP 無給		MARRIAGE 結婚
	SPOUSE'S CHILD BIRTH 配偶者出産		SUMMER 夏季		CHILD-CARE 育児休業		CHILD-CARE (RWH) 育児休業(時短)		PARENT'S MEMORIAL 父母の追悼
	BONE MARROW DONOR'S 骨髄液ドナー		FAMILY-CARE 介護休業		FAMILY-CARE (RWH) 介護休業(時短)		CHILD MEDICAL CARE (WITH PAY) 子の看護(有給)		CHILD MEDICAL CARE (LWOP) 子の看護(無給)
	FAMILY MEDICAL CARE (WITH PAY) 介護休暇(有給)		FAMILY MEDICAL CARE (LWOP) 介護休暇(無給)		SELF-DEVELOP Coll- Duty (SDLUD) 自己啓発-大学・業務		SELF-DEVELOP Coll- Other (SDLUN) 自己啓発-大学・その他		SELF-DEVELOP Int'l - Duty (SDLIC) 自己啓発-国際・業務
	SELF-DEVELOP Int'l - Other (SDLIN) 自己啓発-国際・その他		SOCIAL CONTRIBUTION 社会貢献						

5. PERIOD OF LEAVE DESIRED 休暇の期間			
HOURS 時間	DAYS 日数	FROM (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時より	TO (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時まで

6. REMARKS 備考欄

7. SUBSTANTIATING DOCUMENTS ATTACHED 添付する証明書	8. SIGNATURE OF EMPLOYEE 従業員の署名

USFJ OFFICIAL COMPLETES BELOW BLOCKS 9 THRU 14 米軍係官が下記の項目9から14を記入する

9. ANNUAL LEAVE 年次休暇 <input type="checkbox"/> CONCUR 同意する <input type="checkbox"/> RESCHEDULE LEAVE 日時を変更する	10. OTHER LEAVE 他の休暇 <input type="checkbox"/> APPROVED 許可 <input type="checkbox"/> DISAPPROVED 不許可
--	---

11. RESCHEDULED AS SPECIFIED BELOW 下記の通り日時を変更する	
FROM (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時より	TO (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時まで

12. REASON FOR RESCHEDULING/DISAPPROVING 日時変更・不許可の理由
--

13. SIGNATURE OF USFJ OFFICIAL 米軍係官の署名	14. DATE 日付

LEAVE APPLICATION (CONTINUED)

休暇願(裏)

PART II: MEDICAL CERTIFICATE 診断書

15. NAME OF EMPLOYEE 従業員氏名

16. TYPE OF ILLNESS 病名

17. TREATMENT RECOMMENDED 必要な加療

18. FROM THE MEDICAL STANDPOINT THE EMPLOYEE 医学上の見地から上記の者は

IS ABLE TO REPORT FOR WORK ON 下記の日に出勤可能である

年 月 日

(YEAR, MONTH, DAY)

SHOULD NOT BE PERMITTED TO WORK FOR THE FOLLOWING PERIOD 下記の期間、就労不能である

年 月 日

~

年 月 日

BEGINNING FROM (YEAR, MONTH, DAY)

UNTIL (YEAR, MONTH, DAY)

I CERTIFY AS ABOVE
上記の通り診断いたします

19. HOSPITAL NAME 医療機関名

20. HOSPITAL ADDRESS 医療機関所在地

21. PHONE NUMBER 電話番号

22. NAME OF PHYSICIAN & HAN 医師名および押印

23. DATE 日付