

病 気 休 暇 願



奈良市長	所 属				
	職員番号				
	氏 名				
次のとおり病気休暇を承認してください。					
年 月 日					
期間	年 月 日 時 分 から	日間			
	年 月 日 時 分 まで	時間			
休暇中の連絡先 (居所又は病院名等)					
所属長の意見					
傷病名			所属長 確認 (署名又は押印)	所属部長 確認 (署名又は押印)	
(注) 医師の診断書等を添付すること。			人事担当 課長確認 (署名又は押印)	人事担当 部長確認 (署名又は押印)	

注意事項

- 1 この病気休暇願は、所属長及び所属部長を経由して人事担当課長及び人事担当部長に提出してください。
- 2 病気休暇期間の始まる日と終わる日が、週休日又は休日にあたる場合は、その日を除く期間を記入してください。
- 3 病気休暇期間の日数は、期間内の週休日又は休日を含んだ日数を記入してください。
- 4 願の期間より早く出勤した場合、本人又は所属の庶務担当者の訂正印で、期間の終わる日を訂正してください。

※ 病気休暇で、月の初日から月末までの期間の全日数にわたって通勤しない場合、その月の通勤手当は支給されません。(既に支給した6ヶ月定期代等については、返納となる場合があります。)

※ 一月以上の病気休暇後に勤務に従事する場合は、勤務が可能である医師の診断書(就労が可能である証明)を提出してください。