検印	検印	検印

■有給休暇申請■

所属(派遣先)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

取得（希望）日：　①　　年　　月　　日

②　　年　　月　　日

合計　　日間

理由

□私用の為

□急病の為

□その他（　　）

□

処　理	処　理

メディケア・ヒューマン 株式会社

〒541-0056 大阪市中央区久太郎町 1-8-9

船場中央ビル 301 号室

Tel 0120-118-678

大阪　　FAX：06-6265-3009