

勤怠担当（総務担当）				主 管			
課 長	課長代理	係 長	係 員				

産 後 休 暇 願

年 月 日

理 事 長 様

所 属

職員番号

氏 名

次のとおり産後休暇を承認くださるようお願いいたします。

記

1 出 産 日

年 月 日

2 休 暇 期 間

年 月 日 から

年 月 日 まで

(日間)

これまでに与えられた産休日数

産前休暇(つわり期) 年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)

産前休暇 年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)

出産予定日 年 月 日

(注) 1 母子健康手帳の出生届出済証明欄の写し等出産の事実確認ができる書類を添付すること。

2 休暇期間は、当該分べんの日後 8 週間を経過する日までの期間とする。