

保 健 指 導 等 休 暇 願

所 属			職 員 番 号			氏 名	
勤 怠 担 当			主 管			年 月 日	時 間
課 長	係 長	係 員	課 長	課 長 代 理			
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
						. .	時 分      時 分 . ~ .
<div>&lt;重要事項&gt;</div> <div>◆ 妊娠週数又は分べん予定日の確認のため、母子健康手帳（表紙・分べん予定日・妊娠経過の部分）等を添付すること。</div> <div>◆ こちらは公文書になるため、取得予定がなくなった時点で必ず、総務課労務担当まで返却してください。破棄・紛失はしないように注意してください。</div>							

医療機関名		医療機関の所在地	
出産日		出産後1年に達する日	
		. .	
		( . . )	
出産予定日			
1週間に1回以内	十月	( . . )	. .
		( . . )	
		( . . )	
		( . . )	. .
2週間に1回以内	九月	( . . )	. .
		( . . )	
	八月	( . . )	. .
		( . . )	
4週間に1回以内	七月	( . . )	. .
		( . . )	
	六月	( . . )	. .
		五月	( . . )
四月	( . . )		. .
	三月	( . . )	. .
二月			
	一月		