



検印	検印	検印

有給休暇申請届

* 所属（派遣先名）

* 名前

印

* 休暇取得（希望）日 ① 西暦 年 月 日

② 西暦 年 月 日

合計 日間

* 理由

☐ 私用の為

☐ 急病の為

☐ その他（

）

株式会社メディカルパートナー京都

処理	処理	処理	処理	処理

〒615-8191

京都市西京区川島有栖川町 7-1 サムソンビル 3 階

【TEL】 075-382-2772

【FAX】 075-382-2773