

| | | |
|-------------------|-----|-------------|
| LEAVE APPLICATION | 休暇願 | DATE 年月日 |
|-------------------|-----|-------------|

PART I: LEAVE APPLICATION **休暇願**

| | | | | | | | |
|---|----------------|-------------------|-------------------------------|--|-------------|--|---------------------------------|
| 1. LAST NAME - FIRST NAME 従業員氏名 | | | | 2. ORGANIZATION 職場名 | | | |
| 3. LEAVE ADDRESS 休暇中の住所 | | | | | | 4. PASS NO. 身分証明書番号 | |
| 5. TYPE OF LEAVE 休暇の種類 | | | | | | 6. PERIOD OF LEAVE DESIRED 休暇の期間 | |
| ANNUAL 年次 | MOURNING 忌引 | PREGNANCY 妊娠 | SPOUSE'S CHILD BIRTH 配偶者出産 | MARRIAGE 結婚 | HOURS 時間 | | FROM (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時より |
| SICK 傷病 | ADMIN 管理 | WITHOUT PAY 無給 | SICK (MENSTRUAL) 傷病(生理) | SUMMER 夏季 | DAYS 日間 | | TO (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時まで |
| CHILD CARE 育児 | PML 父母追悼 | BMD 骨髄提供 | | | | | |
| 7. SUBSTANTIATING DOCUMENTS ATTACHED 添付する証明書 | | | | | | 8. SIGNATURE OF EMPLOYEE 従業員の署名 | |
| 9. ANNUAL LEAVE 年次休暇 <input type="checkbox"/> CONCUR <input type="checkbox"/> RESCHEDULE LEAVE 同意する 時季を変更する | | | | 10. OTHER LEAVE 他の休暇 <input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DISAPPROVED 許可 不許可 | | | |
| 12. REASON FOR RESCHEDULING/DISAPPROVING 時季変更 / 不許可の理由 | | | | | | 11. RESCHEDULED AS SPECIFIED BELOW 下記の通り時季を変更する | |
| 13. SIGNATURE OF USFJ OFFICIAL 米軍係官の署名 | | | | | | 14. DATE 日付 | |
| 12. FROM (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時より | | | | | | 11. TO (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時まで | |

PART II: MEDICAL CERTIFICATE **診断書**

| | | | | |
|--|--|---|---|----------------|
| <p>I CERTIFY THAT THE EMPLOYEE NAMED BELOW WAS UNDER MY PROFESSIONAL CARE.</p> <p>下記の者が私の治療を受けたことを証明する</p> | | | | |
| 15. NAME OF EMPLOYEE 従業員氏名 | | 16. TYPE OF ILLNESS 病名 | | |
| 17. TREATMENT RECOMMENDED 必要な加療 | | 18. FROM THE MEDICAL STANDPOINT THE EMPLOYEE 医学上の見地から上記の者は | | |
| | | <p>IS ABLE TO REPORT FOR WORK ON _____ (month, day)</p> <p><input type="checkbox"/> 月 日に出勤可能である</p> <p>SHOULD NOT BE PERMITTED TO WORK FOR PERIOD OF _____ DAYS BEGINNING _____ (month, day)</p> <p><input type="checkbox"/> 月 日より 日間 就業不可である</p> | | |
| 19. HOSPITAL NAME & ADDRESS 病院名 及び 住所 | | 20. PHONE NO. 電話 | 21. SIGNATURE & HAN OF PHYSICIAN 医師の署名 及び 捺印 | 22. DATE 日付 |