

## Extended Sick Leave Report (SL 30+)

### 長期傷病休暇報告書

1. To: The Defense Facilities Administration Office 防衛施設事務所宛

2. From: Activity/Code 部隊 / コード発

3. Via Payroll Office ペイロール事務所経由

(Staff Initial/Date 担当者イニシャル/日付)

4. a. Name of Employee/Employee No. /Type of Employment:

従業員氏名 / 従業員番号 / 雇用の種類

b. Type of Sick Leave: ( ) Duty Connected 業務上  
傷病休暇の種類 ( ) Non-Duty Connected 業務外

c. Date of Sick Leave Started:

傷病休暇開始日 \_\_\_\_\_

d. Projected Return Date:

復帰予定日 \_\_\_\_\_

e. Date of Reinstatement Authorized:

医師により許可された職場復帰日 \_\_\_\_\_

f. Enclosure: (1) Leave Request, USFJ Form 23 EJ 休暇願

添付書類 (2) Medical Certificate 医師の診断書

g. Remarks: 備考

5. I report that: 以下のことを報告します。

- ( ) The employee has taken sick leave for more than 30 calendar days.  
上記の従業員は 30 日以上の傷病休暇を取りました。
- ( ) The employee, who has been on extended sick leave for more than 30 days takes additional sick leave.  
上記の従業員は 30 日以上の傷病休暇を取得し、かつ引き続き傷病休暇中です。
- ( ) The employee, who was on extended sick leave for more than 30 calendar day, returns to work.上記の従業員は 30 日以上の長期傷病休暇を取りましたが、職場に復帰しました。
- ( ) The employee, who previously took sick leave for more than 30 days, again takes sick leave after reinstatement for the same or related illness or injury.  
上記の従業員は 30 日以上の長期傷病休暇取得後職場に復帰しましたが、再度同様の傷病で休暇に入りました。
- ( ) The employee will be on leave without pay status on/about \_\_\_\_\_  
上記の従業員は 年 月 日頃に傷病休暇により無給に入る予定です。
- ( ) The employee will be terminated on/about \_\_\_\_\_  
上記の従業員は 年 月 日頃に傷病休暇により雇用が解雇になる予定です。

\_\_\_\_\_  
(Signature of Authorized Official/Date 担当官署名 / 日付)

Original + one copy to: Payroll Office 2部を添付書類と共にペイロールオフィスに送付。

Copy to: HRO 1部を添付書類と共にHROに送付