（別記様式）

出生サポート休暇承認願

年　　　月　　　日

所 属 長　様

所属名

職　名

氏　名

下記のとおり出生サポート休暇を承認してください。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　前回までに取得した日数（時間） |  | 日 |  | 時間 |  | 分 |
| ２　今回新たに申請する日数（時間） |  | 日 |  | 時間 |  | 分 |
| ３　今回新たに申請する期間 |  | | | | | |
| ４　人事委員会が定める治療 | □　該当しない　　　　　□　該当する | | | | | |

（備考）

１　５日を超えない範囲内で取得できます。

２　人事委員会が定める治療（体外受精又は顕微授精）に係る通院等の場合は、10日を超えない範囲内で取得できます。

３　証明書類の提出は原則不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承　　　　認　　　　欄 | |  | 出勤簿  整理済 |
| 所属長 |  |  |
|  |  |  |  |

注１　休暇の承認は、決裁権者又は専決権者によること。

２　承認の決裁は、休暇の特性に配慮し、最小限度の決裁者によること。