

※コピーしてご利用ください。

(該当の届出に☑を付してください)

有給休暇届
特別休暇届

公益社団法人福岡県高齢者能力活用センター 御中

〈 福岡センター FAX 092-451-8623 〉

派遣先企業名 _____

派遣者氏名 _____ 印 _____ 登録 No. _____

派遣先の確認
指揮命令者 (又は準ずる方)

派遣先責任者ご氏名 _____ 印

仕事に支障を生じないように、事前に派遣先とシフト調整の上
承認印を頂いてください。

休暇日を下記のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日 ()

日 程	令和 年 月 日から
	令和 年 月 日
期 間	日間
事 由	

※病気などの緊急時を除き、原則として休暇取得日の3日前に提出して下さい。

※病気などの緊急時は就業時間前までに連絡をお願いします。

※休暇日が連続する場合はまとめて記入されて差支えありません。但し、賃金締切日をまたがる時は二枚に分けて記入して下さい。

※シフト勤務の方は、契約上の週の所定就業日数を超えないようご注意ください。

※特別休暇の場合は必ず事由欄に取得理由をご記入ください。

(特別休暇=派遣職員就業規則第12条に基づく休暇、有給休暇と同じく所定労働日のみの取得となります)

センター承認