

<b>LEAVE APPLICATION</b> 休暇願						DATE 年月日	
<b>PART I: LEAVE APPLICATION</b> 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	
SICK 傷病		ADMIN 管理		WITHOUT PAY 無給		MARRIAGE 結婚	
CHILD CARE 育児		PML 父母追悼		BMD 骨髄提供		SICK (MENSTRUAL) 傷病(生理)	
						SUMMER 夏季	
						HOURS 時間	
						FROM (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時より	
						DAYS 日間	
						TO (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時まで	
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 CONCUR 同意する RESCHEDULE LEAVE 時季を変更する				10. OTHER LEAVE 他の休暇 APPROVED 許可 DISAPPROVED 不許可			
						11. RESCHEDULED AS SPECIFIED BELOW 下記の通り時季を変更する	
12. REASON FOR RESCHEDULING/DISAPPROVING 時季変更 / 不許可の理由						FROM (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時より	
						TO (YYYYMMDD, HHMM) 年月日時まで	
13. SIGNATURE OF USFJ OFFICIAL 米軍係官の署名						14. DATE 日付	
<b>PART II: MEDICAL CERTIFICATE</b> 診断書							
I CERTIFY THAT THE EMPLOYEE NAMED BELOW WAS UNDER MY PROFESSIONAL CARE. 下記の者が私の治療を受けたことを証明する							
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  <input type="checkbox"/> IS ABLE TO REPORT FOR WORK ON _____ (month, day) 月 日に出勤可能である  <input type="checkbox"/> SHOULD NOT BE PERMITTED TO WORK FOR PERIOD OF _____ DAYS BEGINNING _____ (month, day) 月 日より 日間 就業不可である			
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