LEAVE RECIPIENT APPLICATION
(USFK REG 690-1)
연 가 수 령 신 청 서

DATE 일 자

PART I – TO BE COMPLETED BY LEAVE RECIPIENT 연가 수령 신청인이 작성하여야 할 항목

1. NAME 성 명	2. KOREAN ID NUMBER 주민등록번호
3. PAYROLL NUMBER 급여대장번호	4. PAYROLL ACCOUNT NUMBER 급여번호
5. ORGANIZATIONAL UNIT 소속명	6. POSITION TITLE AND GRADE 직명과 급수

7. A BRIEF DESCRIPTION OF THE NATURE, SEVERITY, ANTICIPATED DURATION OF THE MEDICAL EMERGENCY. ATTACH A CERTIFICATE ISSUED BY A PHYSICIAN. PLEASE UNDERSTAND THAT THIS APPLICATION DOES NOT GUARANTEE THAT OTHER EMPLOYEES WILL DONATE LEAVE.
의료적 위급상태가 무엇이며, 그 정도, 그리고 그 상태가 언제까지 지속될 것인가에 대하여 간단히 설명하고 의사의 확인서를 첨부하시오. 이 신청서를 제출 하였다고 연가를 기증받는 것이 아니며 다른 직원이 기증을 해야 합니다.

8. DATE MEDICAL EMERGENCY BEGAN 의료적 위급상태가 시작된 일자	9. IT IS UNDERSTOOD THAT THE EMPLOYEE'S NAME AND A DESCRIPTION OF MEDICAL EMERGENCY WILL BE PUBLICIZED SO THAT OTHER EMPLOYEES MAY DONATE LEAVE. 다른 직원의 연가를 기증받기 위하여 직원의 성명과 의료적 위급상태가 공개됨을 인지한다.

10. IF APPLYING ON BEHALF OF THE APPLICANT, NAME OF INDIVIDUAL COMPLETING THE APPLICATION AND RELATIONSHIP TO THE APPLICANT. 만일 이 신청서를 해당 직원을 대신하여 작성할 경우는 작성자의 성명, 직원과의 관계를 기재하시오.

NAME 성 명	RELATIONSHIP 관 계

11. ATTACH MOST RECENT EARNINGS AND LEAVE STATEMENT 가장 최근의 급여 및 휴가 명세서를 첨부하시오.

12. SIGNATURE OF APPLICANT OR INDIVIDUAL COMPLETING THE APPLICATION 신청인 또는 대리 신청인의 서명	13. DATE SIGNED 서명일

PART II – TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE'S SUPERVISOR 직원의 상사가 작성할 항목

14. NAME AND SIGNATURE OF SUPERVISOR 상사의 성명과 서명	DATE SIGNED 서명일자	15. DECISION 결 정 ☐ MEETS ALL REQUIREMENTS 모든 요건 다 충족됨 ☐ DOES NOT MEET ALL REQUIREMENTS 모든요건 충족 안됨

16. REASON FOR RETURN OF APPLICATION 신청서 반송 사유

USFK FORM 188EK-E, 1 DEC 98