有給休暇取得願い

提出日　　年　　月　　日

株式会社　セリオ　宛

就業先名

氏　名　　印

取得日	一労働日	年　月　日(　)　～　年　月　日(　)　日間
取得日	半日	年　月　日(　)　午前半日　・　午後半日　・　1/2 時間　：　～　：
事由		
連絡先		（不在中の連絡先） ＴＥＬ：
備考		

＊　届出は前日までにセリオまでＦＡＸを行い、電話にて確認及び承認をとること。

ＦＡＸ　06-6442-0881　　TEL　06-6442-0611

＊　就業先の業務上の都合により、取得時期の変更を依頼することがあります。

本社	部門長	担当者