

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 082-502-6022

TEL 082-502-6007

* 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