**上海健康医学院附属卫生学校教职工销假申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 |  | 性别 |  |
| 工作部门 |  | 联系电话 |  |
| 请假类型 | □病假 □事假 □婚假 □丧假 □工伤假 □因公出差□生育假 □产假（预产期为 年 月 日） □ 假 |
| 请假时间 | 年 月 日 至 年 月 日，共 天。 |
| 申请人销假确认 | 本人已于 年 月 日回校上班。申请人签名：日期： |
| 工作部门审核意见 | 已于 年 月 日回校上班。部门负责人签名（公章）：  日期： |
| 人事处备案情况 | 部门负责人签名（公章）：日期： |