**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： | | | | |