

スタッフコード	氏名		就業先名	
	印			
子どもの氏名	年齢	施設等の種類(※)	施設名等	子どもとの続柄

## 休暇簿（特別有給用）

年 月 分

※特別有給を取得した日の □ にチェックをしてください。

日付	曜日	特別有給	備考	日付	曜日	特別有給	備考
1		<input type="checkbox"/>		17		<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/>		18		<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/>		19		<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/>		20		<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/>		21		<input type="checkbox"/>	
6		<input type="checkbox"/>		22		<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/>		23		<input type="checkbox"/>	
8		<input type="checkbox"/>		24		<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>		25		<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>		26		<input type="checkbox"/>	
11		<input type="checkbox"/>		27		<input type="checkbox"/>	
12		<input type="checkbox"/>		28		<input type="checkbox"/>	
13		<input type="checkbox"/>		29		<input type="checkbox"/>	
14		<input type="checkbox"/>		30		<input type="checkbox"/>	
15		<input type="checkbox"/>		31		<input type="checkbox"/>	
16		<input type="checkbox"/>		特別有給 合計			日

※特別有給取得の理由について、該当するものに○をしてください。  
 （複数の理由に該当する場合は、複数の項目に○をしてください。）

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症に関する対応として行われる小学校等の臨時休業等(※)のため
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症に感染した又は感染したおそれ(※)があるため
<input type="checkbox"/>	感染した場合に重症化するおそれのある疾患を有する(※)ため

## 下記の書類も添付してください

- ①お子様の年齢が確認できる証明書写し(保険証など)  
 ※3月の申請時に提出済みの方は不要
- ②小学校等が休業していることの証明(通知書・メール・HPなど)

## ～注意事項～

- ・公休日(元々休みの日)は対象外です。
- ・申請単位は1日です。(遅出・早退は対象外)
- ・特別有給を取得した日のWeb勤怠は何も入力しないでください。
- ・(※)については、別紙1を確認してください。