**병 가 신 청 서**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 문서번호 |   | **결재** |  |  |  |  |  |
| 작 성 일 |   |  |  |  |  |  |
| 발신부서 |   |   |   |   |   |   |
| 수신부서 |   | **합의** |  |  |  |  |  |
| 참조부서 |   |  |  |  |  |  |
| 작성자 |  소속: 이름:  |   |   |   |   |   |
| 제 목 |   |

|  |
| --- |
| **내용** |
| **대상자** |  | **직군/직위/직급** |  |
| **소속** |  | **사원번호** |  |
| **기간** | ○○○○년 ○○월 ○○일 ~ ○○○○년 ○○월 ○○일까지 (○○일간) |
| **시유** |  |
| 비고 | * 신청기한이 1주일 이상일 경우 진단서 첨부 부탁드립니다.
 |