

Extended Sick Leave Report (SL 30+)

長期傷病休暇報告書

1. To: Regional Defense Office 地方防衛事務所宛

2. From: Activity/Code 部隊/コード発

3. Via Payroll Office ペイロール事務所経由

(Staff Initial/Date 担当者イニシャル/日付)

4. a. Name of Employee/Employee No. /Type of Employment:

従業員氏名/従業員番号/雇用の種類

b. Type of Sick Leave: () Duty Connected 業務上
傷病休暇の種類 () Non-Duty Connected 業務外

c. Date of Sick Leave Started:

傷病休暇開始日 _____

d. Projected Return Date:

復帰予定日 _____

e. Date of Reinstatement Authorized:

医師により許可された職場復帰日 _____

f. Enclosure: (1) Leave Request, USFJ Form 23 EJ 休暇願

添付書類 (2) Medical Certificate 医師の診断書

g. Remarks: 備考

5. I report that: 以下のことを報告します。

- () The employee has taken sick leave for more than 30 calendar days.
上記の従業員は30日以上傷病休暇を取りました。
- () The employee, who has been on extended sick leave for more than 30 days takes additional sick leave.
上記の従業員は30日以上傷病休暇を取得し、かつ引き続き傷病休暇中です。
- () The employee, who was on extended sick leave for more than 30 calendar day, returns to work.上記の従業員は30日以上長期傷病休暇を取りましたが、職場に復帰しました。
- () The employee, who previously took sick leave for more than 30 days, again takes sick leave after reinstatement for the same or related illness or injury.
上記の従業員は30日以上長期傷病休暇取得後職場に復帰しましたが、再度同様の傷病で休暇に入りました。
- () The employee will be on leave without pay status on/about _____.
上記の従業員は____年 月 日頃に傷病休暇により無給に入る予定です。
- () The employee will be terminated on/about _____.
上記の従業員は____年 月 日頃に傷病休暇により雇用が解雇になる予定です。

(Signature of Authorized Official/Date 担当官署名/日付)

Original + one copy to: Payroll Office 2部を添付書類と共にペイロールオフィスに送付。

Copy to: 1部を添付書類と共にHROIに送付