**임산부 정기건강진단 휴가 신청서**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **신청인** | **성명** |  | **소속****(부서)** |  |
| **직위(직급)** |  | **사번** |  |
| **임신기간****(검진일 기준)** | **주 일** |
| **건강진단****사용일시** | **년 월 일****시 ~ 시** |

**위와 같이 임산부 정기건강진단 휴가를 신청합니다.**

 **년 월 일**

**신청인 : (서명 또는 인)**