**桂林医学院附属医院2024年不休年休假申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科 室 |  | | |
| 职工姓名 |  | 参加工作时间 |  |
| 工作年限 |  | 规定年休假天数 |  |
| 原计划休假日期 |  | | |
| 职工个人申请 | 职工签名：  年 月 日 | | |
| 所在科室（部门）意见 | 科室负责人签名：  年 月 日 | | |
| 医院意见 | 经办人签名： 盖章：  年 月 日 | | |