**景谷傣族彝族自治县人民医院见习请假审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **科室** |  | | **姓名** |  | **联系电话** |  |
| **请假原因** | |  | | | | |
| **请假时间** | | **年 月 日至 年 月 日 共 天** | | | | |
| **请假期间安全** | | **请假期间，发生一切责任自负，假满按时销假上班。** | | | | |
| **带教老师意见** | | **年 月 日** | | | | |
| **科室负责人意见** | | **年 月 日** | | | | |
| **科教科（护理部）意见** | | **年 月 日** | | | | |