

## LEAVE REQUEST FORM

### P-00

<b>Employee Name</b>	<input type="text"/>
<b>Manager Name</b>	<input type="text"/>
<b>Department</b>	<input type="text"/>
<b>Date</b>	<input type="text"/>

Current Available Leave	
Annual Leave	<input type="text"/>
Sick Leave	<input type="text"/>
Balance as of	<input type="text"/>

Leave Type	Start Date	End Date	Days	Hours with Pay	Hours without Pay
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*\*Leave without pay must be authorized by the Public Health Director.*

<b>Comments</b>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
-----------------	---

Employee Signature

Authorized By