



AQV MEDICAL

Urlaubsantrag

Mitarbeitername: _____

Personal-Nr.: _____

Abteilung / Einsatzbetrieb: _____

Urlabsart:

☐ Erholungsurlaub ☐ Sonderurlaub ☐ Unbezahlt

Zeitraum: von _____ bis _____

Anzahl Urlaubstage: _____

Bemerkung:

Resturlaub vor Antrag: _____ Resturlaub nach Antrag: _____

Genehmigt (Vorgesetzter)

Mitarbeiter (HR)