

서식 Ⅲ-66-3 불임·난임휴직 임신확정 복직원

## 복 직 원

불임·난임 치료로 인하여 20\*\*년 \*\*월 \*\*일부터 20\*\*년 \*\*월 \*\*일까지  
(    개월간) 휴직한 바 그 사유가 소멸(임신 확정)되었기에 진단서를 붙여  
제출하오니 복직을 허가하여 주시기 바랍니다.

20\*\*년 \*\*월 \*\*일

소        속 : ○○고등학교  
직위(교과) : 중등학교 교사(○○)  
생년월일 : 19\*\*.\*\*.\*\*. .  
성        명 : ○○○ (인)

○○고등학교장 귀하