

휴 직 연 장 원

불임·난임 치료로 인하여 20**년 **월 **일부터 20**년 **월 **일까지(개월간) 휴직중인 바 불임·난임치료로 인하여 20**년 **월 **일부터 20**년 **월 **일까지(개월간) 휴직을 연장하고자 증빙서를 붙여 제출하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

아울러, 휴직기간 중 6개월마다 소재지와 진료확인서(또는 통원확인서) 및 휴직사유의 계속 여부를 학교장에게 신고·제출하겠습니다.(확인함 ☐)

<휴직 관련 안내 사항>

1. 교육공무원법 및 국가공무원 복무규정을 준수하여야 합니다.
2. 휴직 중 매 반기별(6월30일, 12월 31일)로 소재지, 연락처, 휴직사유의 계속 여부를 휴직자 실태 보고서에 기재하여 학교장에게 보고해야 합니다.
- 6개월마다 불임·난임시술 의료기관 등에서 발급하는 진료확인서 제출(필수)
3. 불임·난임휴직 중 휴직 사유에 위배되지 않도록 유의하시기 바랍니다.
- 예)임신(복직, 육아휴직 전환), 치료중단, 치료목적외의 해외체류, 영리업무 등
4. 휴직기간 만료 및 휴직 사유 소멸 시 즉시 복직해야 하고, 복직 시 원소속교로 복직되지 않을 수 있습니다.

20**년 **월 **일

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

○○고등학교장 귀하