

서식 III-43 가족돌봄휴직자 종 타교 복직인 경우

복 직 원

시부 ()의 돌봄으로 인하여 20**년 **월 **일부터 20**년 **월 **일 까지(개월간) 휴직한 바 만료되었기에 증빙서를 제출하오니 복직을 허가하여 주시기 바랍니다.

20**년 **월 **일

소 속 : ○○○○학교

직위(교과) : 교사(○○)

성 명 : ○○○ (인)

경기도교육감 귀하