

서식 III-52 복직원\_자율연수 휴직

## 복 직 원

자율연수로 인하여 20\*\*년 \*\*월 \*\*일부터 20\*\*년 \*\*월 \*\*일까지  
(개월간) 휴직되었던 바 기간이 만료되었기에 복직원을 제출  
하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

20\*\*년 \*\*월 \*\*일

소 속 : ○○○○학교

직위(교과) : 교사(○○)

성 명 : ○○○ (인)

경기도교육감 귀하<sup>19)</sup>

(경기도○○교육지원청교육장 귀하)<sup>20)</sup>

19) 타교복직대상인 경우

20) 본교복직대상인 경우