

서식 Ⅲ-66-4 불임·난임휴직 휴직기간 만료 복직원

복 직 원

불임·난임 치료로 인하여 20**년 **월 **일부터 20**년 **월 **일까지
(개월간) 휴직한 바 휴직기간이 만료되었기에 진료확인서(통원
확인서)를 붙여 제출하오니 복직을 허가하여 주시기 바랍니다.

20**년 **월 **일

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

○○고등학교장 귀하