

서식 III-15 질병휴직자 중 타교 복직인 경우

## 복 직 원

(질병내용 기재) 질병으로 인하여 20\*\*년 \*\*월 \*\*일부터 20\*\*년 \*\*월  
\*\*일까지 (개월간) 휴직되었던 바 치료되었기에 증빙서를 붙여 제출하오니  
허가하여 주시기 바랍니다.

20\*\*년 \*\*월 \*\*일

소 속 : ○○○○학교

직위(교과) : 교사(○○)

성 명 : ○○○ (인)

경기도교육감 귀하