

서식 III-16 질병휴직자 중 타교 복직인 경우

학교장 의견서

소 속 : ○○○○학교
직위(교과) : 교사(○○)
성 명 : ○○○ (인)

본교의 상기 교사는 (질병명)질병으로 20**년 **월 **일부터 20**년
**월 **일까지(개월간) 휴직하였던 바 그 복직 사유가 타당하다고 사료
되오니 허락하여 주시기 바랍니다.

20**년 **월 **일

○○○○학교장 ○○○ (인)

경기도교육감 귀하