

休職願

_____ 殿 _____年____月____日	
所属 _____ 氏名 _____ 印	
期間	_____年____月____日から _____年____月____日まで 計 _____ 日間
理由	_____ _____ 治療機関 _____ 電話 _____
添付書類	_____ _____
備考	_____ _____ _____