|  |  |
| --- | --- |
| 休職理由消滅届 | 所属長検印 |
|  |
|  |
|  |  | 所属学校名 |  |
|  | 様 |  |
|  |  | 職氏名 |  |
|  |  |  | ㊞ |
|  |
| 次のとおり、休職（病気休暇）の理由が消滅したので、証拠書類を添えてお届けします。 |
|  |
|  | 　　　　　年　　月　　日提出 |
|  |  |
| 休職(病気休暇)の期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
|  | （　　　　日間） |
| 休職(病気休暇)の理由 |  |
|  |
|  |
| 休職（病気休暇）消滅の事実 |  |
|  |
|  |
| 備考　正副二部提出のこと。 |
| ※理由消滅届は、就業可能等の証明書類が発行され次第、速やかに提出する。 |