

病氣休暇(結核性疾患)期間延長願

年 月 日

教育委員会教育長
様
立 学 校 長

校 名 立 学校
職 名
氏 名
職員番号 ()

私こと、下記により病氣休暇期間を延長していただきたく、必要書類を添えてお願いし
ます。

記

- 1 病 名
- 2 休暇発令期間 年 月 日より カ月
- 3 延長希望期間 年 月 日より カ月