

病気休暇(結核性疾患)承認願

年 月 日

教育委員会教育長

様

立 学校長

校 名

職 名

氏 名

職員番号 ( )

私こと、下記により病気休暇をいただきたいので、承認くださるよう必要書類を添えてお願いします。

記

1 病 名

2 期 間 自 年 月 日 ( )  
( 月間)  
至 年 月 日 ( )