年　　月　　日

休　　職　　願

学校法人行吉学園
理　事　長　　殿

教職員番号（6 桁）.....
所　　属 .....
氏　　名 .....

承　認

私は、下記理由により、　　年　　月　　日から　　年　　月　　日までの間休職させていただきたく、ご承認くださいますようお願い申しあげます。

記

1　休 職 理 由　.....

2　休職中の連絡先

（住　　所）　〒

（電話番号）　TEL

3　添 付 資 料

※傷病による休職の場合は、医師の診断書を添付してください。

（2023.07.01）