**復　職　願**

　　年　　月　　日

人事部長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 社員番号 |  |
| 部署名 |  |
| 氏 名 |  | 印 |

**次のとおり復職を申請いたします。**

（該当する□に✔を入れ、カッコ内に記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 復職希望日 |  　　年　　　月　　　日 |
| 休職期間 |  　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 休職事由 | □ 傷病 | (傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| □ 自己都合 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| □ その他 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 復職理由 |  |
| 備考 |  |

※業務外傷病による休職者が復職申請する場合は、主治医の診断書および医療情報提供依頼書を添付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 人事部 |
|  |  |  |  |

復職辞令につきましては、別ファイルにてご用意しております。