年　　月　　日

株式会社○○

代表取締役　　　　　　　　殿

休職願

氏名　　　　　 印

この度、私傷病により、下記のとおり休職の承認をお願いいたします。

記

1.　休職期間

　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

2.　休職事由

3.　休職期間中の連絡先

　　　住所

　　　電話番号

4.　添付書類等

以上