＜様式第１１号（第６条関係）＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　高 知 県 教 育 長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名　　　　　　　　　　　印

職場復帰サポートシステムに係る変更・中止届

　高知県公立学校教職員職場復帰サポートシステムは、下記のとおり（変更・中止）します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 職・氏名 |  |
| 職場復帰サポートシステムの実施予定期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日　から　　　　　　年　　　月　　　日　まで　（　　　　　　　日間） |
| 変更の場合 | （内容変更） |
| （変更した理由） |
| 中止の場合 | （職場復帰サポートシステムの実施期間） 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 　　　　　　（　　　　　　　日間） |
|  |