

# 사 직 원

결 재						

주 소 : \_\_\_\_\_ 부 \_\_\_\_\_ 과 \_\_\_\_\_  
(실)

직 위 : \_\_\_\_\_ 급 \_\_\_\_\_ 호 담당 직 무 : \_\_\_\_\_

성 명 : \_\_\_\_\_

생 년 월 일 : \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일 (주민등록번호 : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ )

입 사 일 자 : \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일 ( \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일 근무)

휴 직 기 간 : \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일 ~ \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일 ( \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 일간)

사 유 : (구체적으로 기록하시오.)

학 인	
의료보 험카드	
피 복	
미수금	
교 육	

퇴 직 상 정 일 : \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

사 직 서 제 출 일 : \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일

상기원인 \_\_\_\_\_ 인

귀하

결 재						

주 : 사직자는 사직(상정) 일부 15일전에 사직서를 인사과에  
제출(도착)토록 하여야 하며 승인시까지 근무하여야 한다.