様式第４号（３（２）関係）

年　　月　　日

　職員　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長　印

決定通知書

　　　　年　　月　　日、あなたから職場復帰の願出がありましたが、審査の結果下記のとおり決定したのでお知らせします。

　(なお、あなたの場合、不承認とされましたが、所定の手続きを経て引き続き療養に専念してください。)

記

１　職場復帰　　　　　承認　　(不承認)

２　職場復帰の時期　　年　　月　　日

※　(　)書きは不承認の場合に記入すること。