平成○年○月○日

休職期間満了通知

所属：　○○部○○課

氏名：　　○○　○○　　様

あなたの休職期間満了日が近づいておりますので、当社就業規則に基づき、下記のとおりお知らせします。

記

１．平成○年○月○日から平成○年○月○日までが休職期間です。

２．休職期間満了日である平成○年○月○日までに治癒し、医師が就業に支障がないと診断した場合で、会社が復職を認めた場合は復職できます。この場合、主治医のほかに会社が指定した医師にも診断を求めます。

３．職務については休職前の職務と異なる場合があります。

４. 休職期間満了日までに復職できない場合は、休職期間満了日をもって退職となります（休職期間を延長された場合を除く）。この場合、当社就業規則に基づき退職手続を行うこととします。

以　上

株式会社　○○

　代表取締役　○○　○○