　　●年●月●日

休職期間延長命令書

氏名　●　殿

|  |
| --- |
| 株式会社●● |
| 代表取締役●●　●●　印 |

当社は、就業規則第●●条第●項第●号に基づき、下記のとおり貴殿の休職期間を延長することを通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 休職理由 | ● | |
| 休職期間 | 延長開始日 | ●年●月●日（●曜日） |
| 終了（予定）日 | ●年●月●日（●曜日） |
| 備考 | ・休職期間中は療養に専念し、回復に努めてください。  ・休職期間中は少なくとも１か月に１回、会社に対し、状況の報告を行ってください。また、会社の指示に従い、主治医の診断書の提出を行ってください。  ・休職期間中は無給となります。  ・休職期間中に発生する社会保険料の本人負担分は●当月分を翌月末日までに会社が指定する口座に振り込んでください（別途ご案内いたします）。  ・上記、休職期間中に貴殿の私傷病が完全に治癒せず、復職できない場合は、就業規則に基づき、自然退職扱いとなります。  ・貴殿の復職可否の判断にあたっては、健康で働ける状態か否か確認する必要がありますので、復職願の提出の他、治癒（就労可能）と記載された診断書の提出や、会社が必要と認めた場合は、主治医や会社が選任した医師との面談等が必要となります。  ・主治医や会社が選任した医師との面談等の結果、復職予定日または休職期間満了日以降において完全な労務提供が困難と判断された場合、あるいは貴殿が面談を拒否する等、貴殿の都合により実施できない場合は、上記休職期間終了日をもって自然退職となります。  ・その他、会社は必要に応じて休職期間中に貴殿および会社が選任した医師との連絡（面談含む）を求める場合があります。 | |

以　上