사 직 서

결재	팀장	국장	센터장

소　　속 : 종로인명장애인자립생활센터

성　　명 :

생년월일 :

사　　유 :

상기 본인은 위와 같은 사유로 인하여　　년　　월　　일 사직하고자 하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

20　　년　　월　　일

신청인　　(인)