

様式 4

学籍番号		氏名	
------	--	----	--

退職証明書（申立書）

※下記の内容を含んでいれば各事業所の様式の証明書でも代用可能です。

退職者氏名	
事業所名	
退職年月日	年 月 日
雇用保険受給の有無	<input type="checkbox"/> 有（給付の受給 月開始、 日間） <input type="checkbox"/> 無

上記のとおり証明します。

年 月 日
所在地
事業所 電 話 () -
名 称
給与支払責任者 印

※事業所の証明が得られない場合は、上記の枠内を記入後、下の欄に退職者本人が署名して提出してください。

年 月 日
申立人(退職者)氏名_____