

退職（予定）証明書

下記の者について、当社を退職（予定）したことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____ (印)

電話番号 () - 【担当者名】

記

氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
住所	
退職年月日	平成・令和 年 月 日
勤務期間	昭・平・令 年 月 日～平成・令和 年 月 日
雇用保険	未加入 ・ 加入
健康保険	未加入 ・ 加入（協会・組合・共済・国保）
備考欄	

※退職日以降に交付した場合は、「予定」を二重線で消してください。