

調査専用

申請者記入欄

記号：

番号：

被保険者氏名：

退職証明書

氏名	
生年月日	年 月 日
退職年月日	年 月 日
在職期間	年 月 日 ~ 年 月 日

上記のとおり当社を退職したことを証明します。

年 月 日

住 所

事業所名

代表者名

印

※店舗責任者・所属部門責任者等の署名・押印でも可

※自筆の署名の場合は押印省略可