

退 職 届

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会会長 様

貸付番号
現住所 〒 _____

携帯電話 ()
自宅電話 ()

氏 名 ㊟

下記のとおり退職しましたので、お届けします。

最終 従事 先 ・ 勤務 状況	法人名			
	施設・事業所名			
	住所等	〒 _____ 電話 ()		
	従業員名	生年月日	昭和・平成	年 月 日生
	職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員以外()		
	雇用形態	年間換算での介護従事日数が180日	<input type="checkbox"/> 以上	<input type="checkbox"/> 未満
	採用年月日	年 月 日		
	退職年月日	年 月 日		
	就労中の休職の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容は備考に記入)		
退職理由				
備考				

上記のとおり相違ないことを認めます。

令和 年 月 日

最終従事先の所在地 〒 _____

最終従事先の名称
最終従事先の長の職及び氏名

㊟