

# 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	平成・令和	年 月 日	
	退職年月日	令和	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

業務従事先の住所

業務従事先の名称

業務従事先の長の職及び氏名

