（様式 8）

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	平成　　年　　月　　日
退職理由	
雇用保険被保険者 資格の有無	□ 有　　□ 無
退職金の有無 及び支払額等	□ 有　　□ 無 支払額：　　円 支払日：　平成　　年　　月　　日

上記のとおり証明します。

平成　　年　　月　　日

所在地

電話（　　）　　－

事業所

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・押印して提出してください。
その際、退職金の支払がある場合は、支払額・支払日が分かる書類を添付してください。

平成　　年　　月　　日

申立人（退職者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞