

様式 4

受験番号		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者の様式の証明書でも代用可能です。

退職者氏名	
事業者名	
退職年月日	年 月 日
雇用保険受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (給付の受給 月開始、 日間) <input type="checkbox"/> 無

上記のとおり証明します。

年 月 日

事 業 者 名

所 在 地

電 話 番 号

給与支払責任者

印

※事業者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して提出してください。

年 月 日

申立人(退職者)氏名 _____