

退職証明書

年 月 日

(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

事業所所在地

名 称

代表者名

印

次の者は、 年 月 日退職したことを証明します。

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
退職理由	<ol style="list-style-type: none">1. 事業所の倒産等によるもの2. 定年、労働契約期間満了等によるもの3. 解雇（4の場合を除く）4. 本人の責めに帰すべき重大な理由による解雇5. 労働者の判断によるもの（自己都合退職等）6. その他（1～5のいずれにも該当しない場合） <p>（ 具体的な理由 ）</p>