

貸付番号	
------	--

退 職 届

令和 年 月 日

長崎県社会福祉協議会 会長 様

住 所 〒 _____

氏 名

電 話 (_____) _____

下記のとおり、退職しましたので、届出します。

最終 従事 先 ・ 勤務 状況	法人名		
	施設・事業所名		
	住 所 等	〒 _____ 電話 (_____)	
	雇用形態	1週間の勤務時間が20時間	<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・期間は備考に記入)	
退職理由			
備考			

上記のとおり相違ないことを証明します。

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

公印