

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

公印