

# 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"><li>1. 事業所の倒産等によるもの</li><li>2. 定年、労働契約期間満了等によるもの</li><li>3. 解雇（4の場合を除く）</li><li>4. 本人の責めに帰すべき重大な理由による解雇</li><li>5. 労働者の判断によるもの（自己都合退職等）</li><li>6. その他（1～5のいずれにも該当しない場合）</li></ol> <p>（ 具体的な理由 ）</p>