

年 月 日

退 職 届 (退職勧奨)

会社名  
代表者名

様

氏 名

年 月 日の退職勧奨に同意します。  
よって 年 月 日をもって退職させていただきたく、お届けします。

- 離職票は 必要・不要 です。
- 健康保険任意継続は する・しない 予定です。
- 退職後の連絡先は下記の通りです。

住 所

T E L

なお、社員証・健康保険証・制服等は退職日の前日までに返還します。

以 上