様式４

退職証明書交付申請書※1

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）

滋賀県病院事業庁長　あて

　　　　　　　　　　　　　氏名※2

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（旧姓　　　　　　　　　）

退職証明書について（依頼）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | | 明・大・昭・平 年　　　月　　　日 | | |
| 退職年月日 | | 平・令 　　　　 年　　　月　　　日 | | |
| 証 明 期 間 | |  | | |
| 希 望 様 式※3 | | 有（□様式５　□様式５以外※4）　□無 | 必 要 部 数 | 部 |
| 証明を希望する項目※3  （氏名・生年月日は除く。） | | □ 使用期間（在職期間）  □ 事業における地位（退職時の所属および職）  　□ 業務の種類（退職時の所属における職務内容）  □ 賃金  □ 退職事由 | | |
| 交付の方法※5 | | □郵送　　　□直渡し | | |
| 使用目的・理由 | |  | | |
| 連絡先 | 住所 |  | | |
| TEL |  | | |
| 備考 | | （証明書を必要とする期限、その他証明する際に注意すべきことがあれば、記入してください。） | | |

記入上の注意

※１　この申請書は、労働基準法第22条第１項に基づく退職証明の交付を、退職後２年以内に申請する場合にのみ使用するものであり、それ以外の場合は、様式１「履歴等証明書交付申請書」を使用してください。

※２　氏名については、自署してください。

※３ 希望様式の有無および証明を希望する項目について、該当する項目の□にレ印を入れてください。※４　様式５以外の様式による交付を希望する場合は、希望の様式を添付してください。

※５　交付の方法について、希望する方法の□にレ印を入れてください。

　　　郵送による交付を希望する場合は、返信先の住所および氏名を記入し、返信に必要な額の郵便切手を貼付した返信用封筒を併せて提出してください。