

# 退 職 証 明 書

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
就 職 年 月 日	年 月 日
退 職 年 月 日	平成 年 月 日
健康保険等の適用	有（健保・国保）・無
厚生年金等の適用	有（厚年・共済・国年）・無
雇用保険の適用	有・無

上記のとおり退職したことを証明します。

平成 年 月 日

滋賀県市町村職員共済組合理事長 様

所 在 地

事 業 所 名

代 表 者 氏 名

印

電 話 番 号