

契 約 解 除 同 意 書

法人名 _____

施設名 _____

職員番号	加入職員氏名（自署）	同意年月日	認印

- 注) 1. この同意書に記入した場合、退職手当金は支給されません。
2. この同意書は、施設ごとに作成してください。
3. この同意書は、加入職員本人の自署によるものとします。
4. 書ききれない場合は、複写してご利用ください。