

解除同意書

(同意書は施設毎に作成してください)

	職員番号	被共済職員氏名	生年月日	同意年月日	認印
1			年 月 日	年 月 日	印
2			年 月 日	年 月 日	印
3			年 月 日	年 月 日	印
4			年 月 日	年 月 日	印
5			年 月 日	年 月 日	印
6			年 月 日	年 月 日	印
7			年 月 日	年 月 日	印
8			年 月 日	年 月 日	印
9			年 月 日	年 月 日	印
10			年 月 日	年 月 日	印
11			年 月 日	年 月 日	印
12			年 月 日	年 月 日	印
13			年 月 日	年 月 日	印
14			年 月 日	年 月 日	印
15			年 月 日	年 月 日	印
16			年 月 日	年 月 日	印
17			年 月 日	年 月 日	印
18			年 月 日	年 月 日	印
19			年 月 日	年 月 日	印
20			年 月 日	年 月 日	印

※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。

※この同意書は、被共済職員本人の自署・押印によるものとします。