

令和 年 月 日

群馬県教育委員会事務局
福利課長様

所属コード ()

所属所名 _____

職員番号 ()

職員氏名 _____

退職手当額の試算について (依頼)

このことについて、下記の理由により、退職手当額の試算をお願いします。

記

1 試算依頼の理由

2 添付書類

人事記録簿の写し

3 試算の条件

(1) 退職予定年月日

令和 年 月 日

(2) 退職事由

定年 ・ 勸奨 ・ 普通

(3) その他