

公益財団法人 大阪府私学総連合会 理事長 様
(退職資金事業)

年 月 日

法人番号 -

学校法人名

代表者名

印

(事務担当者名)

退職金支払調書

下記教職員に支給する本校（園）規定による退職金額は、下記のとおりであり、本人確認済であることを証します。

氏 名	教職員番号	退職年月日	退職金額

退職者自筆署名	住 所	電話番号	実印

- 〔注〕
1. 退職者署名・確認印は、必ず本人の自筆署名、本人により押印のこと。
 2. 押印は実印を使用し、印鑑証明書を必ず添付してください。
 3. 記載事項に不備がある場合は受付できません。
 4. 財団から退職者に、支給の確認を行うことがあります。