年　　月　　日

　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　代表者名　 　 　 印

**ご　通　知**

貴殿との　　年　　月　　日付雇用契約に関して、契約更新を行わない理由は下記のとおりです。

記

（例）

・契約期間満了時の業務量が少なく、人員削減の必要性があるため。

・貴殿が従事している業務の進捗状況が遅いため。

・職務命令に対する違反行為を行ったこと、無断欠勤をしたこと等、勤務不良のため。

・担当していた業務が終了･中止したため。

・業務を遂行する能力が十分ではないと認められるため。

・契約締結当初から、更新回数の上限を設けており、本契約は当該上限に係るものであるため。

　つきましては、退職に関する諸手続き等については別紙にてご案内致します。なお、退職手続きに伴い、下記書類等を　　年　　月　　日までに人事部までご返却をお願いいたします。

1. IDカード・健康保険被保険者証、作業服、鍵など事業所貸与物品の返却
2. 医院指定の「秘密保持に関する誓約書」の提出
3. 雇用保険被保険者離職証明書への離職事由記載欄への貴殿の署名又は押印