退　職　願

△△年△△月△△日

株式会社△△△△

代表取締役社長　〇〇　〇〇　殿

部署

氏名　〇〇　　〇〇　　　㊞

この度、〇〇〇〇病を患い、長期の入院および療養が必要となりました。

　つきましては、　　年　　月　　日をもちまして退職いたしたく、ここにお願い申し上げます。

　なお、退職後の連絡先は下記のとおりです。

住所

〒000-0000

〇〇県〇〇市〇〇町1-1

電話00-0000-0000

以上