

# REQUEST FOR RESIGNATION

## 辞 職 届

<input type="checkbox"/>	MLC
<input type="checkbox"/>	IHA
<input type="checkbox"/>	MC

**FROM:** 1. ORGANIZATIONAL UNIT (CODE NO.) 部隊名

2. NAME 氏名

3. EMPLOYEE NO. 従業員番号

4. JOB TITLE & NO. 職種および職番

5. DATE OF RESIGNATION 辞職日

6. DATE OF REQUEST 提出日

7. ADDRESS AND PHONE NUMBER AFTER RESIGNATION 辞職後の住所および電話番号

8. EMPLOYEE'S SIGNATURE AND/OR HAN 従業員署名と印

**TO: DFAB/DFAO** 防衛施設局/防衛施設事務所御中

I HEREBY REQUEST TO RESIGN FOR THE REASON HEREIN INDICATED.

このたび下記の理由により辞職したいので届け出ます。

THE REQUEST FOR RESIGNATION SHOULD BE SUBMITTED AT LEAST TWO WEEKS IN ADVANCE TO THE DATE OF RESIGNATION.

本辞職届は少なくとも辞職希望日の14日前までに提出されなければならない。