

## 解除/终止劳动合同证明书

兹有 \_\_\_\_\_ 同志，居民身份证号码：\_\_\_\_\_，于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日被我单位录用，并签订了 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日起至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日止 \_\_\_\_\_ 年的劳动合同。其在本单位从事工作岗位 \_\_\_\_\_，本单位工作年限 \_\_\_\_\_ 年，因 \_\_\_\_\_ 原因，根据《劳动合同法》第 \_\_\_\_\_ 条（\_\_\_\_\_）项规定于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日解除（终止）劳动合同，已按规定发给 \_\_\_\_\_ 个月经济补偿金、\_\_\_\_\_ 个月医疗补助费，特此证明。

劳动者签收：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(单位盖章)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

注：本件一式四份，企业、职工、人才交流中心、社保机构各留存一份。

必须有个人签字

必须有企业盖章