|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **常州市劳动合同制职工** | **解除** | **合同证明** |
| **终止** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 所有制性质 |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 文化程度 |  | 工种 |  |
| 工资等级 |  | 月标准工资 |  | 月岗技工资 |  |
| 劳动合同期限 | 年 月 日至 年 月 日止 年 个月 |
| 发放生活补助费或经济补偿金 | 个月，金额 元 | 发放医疗补助费 | 个月，金额 元 |
| 本人户口所在地 |  | 劳动手册号码 |  |
|  社会保障号码(居民身份证号码) |  |
|  解除、终止合同原因： |
|  单位(盖章) 法定代表或委托代理人签字(盖章) 劳动者签字(盖章) 填写日期 年 月 日 |

**注：此证明由职工所在单位如实填写，一式四份，一份由原单位留存，一份报送劳动部门留存，交职工本人和存入职工本人档案各一份。**