续订劳动合同通知书

字第 号

：

你与本单位 年 月 日签订的 年期限的劳动合同将于 年 月 日期限届满。因生产（工作）需要，本单位拟与你续订劳动合同，请于7日内将是否续订劳动合同的意见反馈给劳资部门，逾期者，视为本人不再续订劳动合同。

续订劳动合同为 期限劳动合同。

续订劳动合同期限为 年， 年 月 日终止。

劳资部门： （签章）

经 办 人： （签章）

年 月 日

字第 号

续订劳动合同通知回执单

字 号《续订劳动合同通知书》已收到，本人意见如下：

1、续订劳动合同为 期限劳动合同。

2、要求续订无固定期限的劳动合同。

3、不同意续订劳动合同。

现将回执退回

送达记录

受 送 人：

送达时间： 年 月 日

送 达 人： 、

本人签字：

年 月 日

表2

解除（终止）劳动合同通知书

字第 号

：

你与本单位 年 月 日所签《劳动合同》，因下列第 款的原因解除（终止），现通知如下：

1. 劳动合同期限届满；
2. 劳动合同 终止条件出现；
3. 协商解除劳动合同是否满意，请在 日内答复，若本通知送达

日内不答复，视为同意；

（4）根据《劳动法》第 条或劳动合同 条规定解除；

对上述解除、终止劳动合同无疑议的，请于接到本通知之日起 日内办理如下手续：

（1） 月 日前完成工作及业务交接等事宜；

（2） 月 日前领取工资、经济补偿金或生活补助费；

（3）档案处理意见： ；

（4）其他。

特此通知

劳资部门（印章）

年 月 日

字第 号

解除（终止）劳动合同通知回执单

字 号《解除（终止）劳动合同通知书》已收到，现将回执退回。

送达记录

受 送 人：

送达时间： 年 月 日

送 达 人： 、

收件人签字：

年 月 日

表3

解除劳动合同协议书

甲方：

乙方：

甲、乙双方于 年 月 日签订的劳动合同，经双方协商一致同意解除。

提出解除劳动合同为 方。

原劳动合同终止期限为 年 月 日。

1. 由职工一方提出解除劳动合同的，不给予补偿。
2. 由企业方提出解除劳动合同的，应当给予经济补偿。经济补偿金为

元。

甲方 （签章） 乙方 （签章）

法定代表人

或者委托代理人（签章）

年 月 日

注：本协议书一式四份，劳动保障行政部门、原用人单位、档案接收部门及本人各一份。

表4

解除（终止）劳动合同证明书

姓 名：

性 别：

出生日期： 年 月 日

文化程度：

身份证号码：

该职工与单位 年 月 日所签的劳动合同于 年月 日解除（终止），并已办理一切相关手续，现出具证明如下：

1、该职工在本单位工作时间为 年 月 日至

年 月 日；

2、在本单位担任 工作，任 职务；

3、解除（终止）劳动合同时的工资 ；

4、社会保险费缴至 ；

5、其他需要证明的情况 。

特此证明

单位名称 （盖章）

法人代表 （签字）

年 月 日

注：本协议书一式四份，劳动保障行政部门、原用人单位、档案接收部门及本人各一份。

表5 编号：

解除（终止）劳动合同备案登记表

**单位名称： 经济类型： 社会保险代码：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **性别** |  | **出生日期** | **年 月 日** | | | | | **年龄** |  | **月工资额（生活费）** | | **元** |
| **参加工作时间** | | **年 月 日** | **进入本单位时间** | | **年 月 日** | | | | **劳动合同 起止时间** | | | **年 月至 年 月** | | | |
| **劳动合同解除终止情况** | **解除、终止劳动合同原 因** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **领取经济补偿金或 生活补助费标准** | | | **元** | | | | **实 领 金 额** | | | | | | **元** | |
| **领取安置费标准** | | | **元** | | | | **实 领 金 额** | | | | | | **元** | |
| **社会保险费缴纳情况** | **养 老 保 险** | | | **自 年 月起缴纳至 年 月止** | | | | | | | | | | | |
| **失 业 保 险** | | | **自 年 月起缴纳至 年 月止** | | | | | | | | | | | |
| **医 疗 保 险** | | | **自 年 月起缴纳至 年 月止** | | | | | | | | | | | |
|  | | | **自 年 月起缴纳至 年 月止** | | | | | | | | | | | |
| **用人单位意见** | **经办人：**  **年 月 日** | | | | | | **主管部门意见** | | | **经办人：**  **年 月 日** | | | | | |
| **劳动保障行政部门备案签章** | **请社会保险经办机构核实其各项社会保险费缴纳情况。**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | |

**注：此表一式四份，劳动保障行政部门、社会保险经办机构、用人单位、职工（装入职工档案）各一份**