

# 해 속 증 명 서

## ■ 인적사항

신 청 인 :

주 민 등 록 번 호 :

주 소 :

## ■ 재직사항

용 역 기 간 : 20 년 00월 00일

용 역 내 용 :

용 도 : 국민건강보험공단 제출용

상기인은 당사에서 근무하였음을 확인합니다.

20 년 00월 00일

업 체 명 :

사업자번호 :

주 소 :

대표이사 :

(인)