

해 촉 증 명 서

신 청 인	
주민등록번호	
재 직 기 간	
소 속	
용 도	

위 사실을 증명합니다.

20 년 월 일

사업자등록번호 :

주 소 :

대 표 이 사 :

(인)

국민건강보험공단 귀중