職員用

無　事　故　証　明　書

 住　　所

 氏　　名

 生年月日

昭和

　上記の者は当社職員として在職中でありますが、　　　　年　　月

平成

以来今日まで、本人の責任によって他人の身体生命、財産等に関する

責任事故のないことを証明いたします。

　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　 事業者の住所

　　　　　　　 氏名又は名称

　　　　　　　 代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞