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、平成　　年　　月

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和

　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。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　 事業者の住所

　　　　　　　 氏名又は名称

　　　　　　　 代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞