

해 측 증 명 서

신청인 :

주민등록번호 :

재직기간 :

자 격 : 자유계약직

상 호 :

사업자등록번호 :

회사주소 :

용 도 : 국민건강보험공단 제출용

위의 사실을 증명합니다.

201 년 월 일

대표자

인