

员工意外事故证明

兹证明我司员工_____, 身份证号_____,
自_____年____月____日进入我公司从事_____岗位工作, 于
年____月____日在从事_____工作中, 不慎意外受伤至
医院治疗事故属实, 特此证明!

单位名称 (盖章):

日期: 年 月 日