

경력증명서(예시)

성명		생년월일	
----	--	------	--

	근무기간	소속	직위 (급)	담당업무내용 (구체적 기재)	비고
증 명 사 항	년 월 일 ~ 년 월 일				
	년 월 일 ~ 년 월 일				
	년 월 일 ~ 년 월 일				
	년 월 일 ~ 년 월 일				

위 기재사항이 사실과 다름없음을 증명합니다.

년 월 일

기관명:
주소:
전화번호:
사업자등록번호:
대표자:

발급자	
소속	
직위	
성명	
연락처	

- ※ 담당업무 내용이 구체적으로 기재되지 아니할 경우 관련분야 경력을 인정받지 못할 수 있음
- ※ 기관 주소 및 전화번호, 대표자, 발급자를 기재하지 않을 경우 불이익 받을 수 있음
- ※ 발급기관 서식이 해당 내용을 미포함 하는 경우에는 해당 양식을 참조하여 내용을 직접 기재하고 그 기관의 확인(직인 날인)을 득하여 제출하는 것도 인정

발급번호 :				
건강보험자격득실확인서 (예시)				
파인청구자	성명	주민등록번호		
자 격 득 실 확 인 내 역				
No	가입지구분	사업장명칭	자격취득일	자격상실일
1	직장가입자			
2	직장가입자			
	_____	이하역백	_____	_____

건강보험 자격득실내역을 위와 같이 확인합니다.

국민건강보험공단 이사장



- ※ 이 확인서의 취득일·상실일은 실제의 사업장 입사일·퇴직일과 다를 수 있습니다.
- ※ 이 확인서는 국민건강보험공단 인터넷 홈페이지(www.nhis.or.kr) 및 모바일앱(The건강보험)에서 직접 발급이 가능합니다.
- ※ 이 확인서는 건강보험 자격확인용이므로 다른 용도(제직증명용, 경력증명용, 대출용 등)로 사용 시 공단에 법적인 책임이 없음을 알려드립니다.

