

## 事故证明

兹有我司/我辖区人员（姓名）\_\_\_\_\_，（身份证号：\_\_\_\_\_），于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时左右，在\_\_\_\_\_（详细事故地点），因\_\_\_\_\_（事故原因），导致\_\_\_\_\_，事故发生后立即送往\_\_\_\_\_医院治疗，目前\_\_\_\_\_（身体状况）。

特此证明！

证明单位签章

年 月 日