

확 인 서

제 목	
내 용	

관련자	소 속	직위(급)·성명	관리기간	담당업무	현근무처	비 고

위 사실을 확인함.

년 월 일

확인자 소속 : 직위(직급) : 성명 : (서명 또는 인)

입회자 소속 : 직위(직급) : 성명 : (서명 또는 인)