**证人证言**

本人 ，性别 ，身份证号 ，联系电话 ，住址 ，与受伤者 是 关系。 年 月 日 时 分左右,看到受伤者因 工作时由于 原因导致 部位受伤**(此部分与委托书保持一致)**，于 时间左右送往 医院治疗。本人所述以上情况属实，特此证明。

**（内容可以打印，员工务必手写签字并按手印,日期需手写)**

**【下划线去掉，多余空格删掉，保持格式整齐规范】**

要么全文手写，要么全文打印，不得填空

本人签字(按手印)：

年 月 日