证人证言

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证人姓名 |  | 联系电话 | |  | | |
| 工作单位 |  | 岗位 |  | | 职务 |  |
| 身份证正面 身份证反面 | | | | | | |
| 提供证言前请确认您已经阅读以下内容：  1、请如实提供证言，做伪证将承担法律责任。  2、请只对您亲身经历的事实提供证言。  证言（可附页）：  我与受伤人 都是 公司职工（工人）。本人于 年 月 日进入该公司，在 岗位从事 工作。 年 月 日 点 分上班，我和 在从事 工作时发生 事故，致使 人 部位受到严重伤害。 受伤后，  由 用 送往 医院治疗。 | | | | | | |
| 证人签字： 作证日期： 年 月 日 | | | | | | |