**在 职 证 明**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_为我单位职工，从事\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_工作，按月支付报酬，达到本地最低工资标准。特此证明。

组织机构代码：

工作地点： 省 市 区/县

单位联系人：

单位联系电话：

单位名称（公章）