**解除劳动关系证明**

兹我单位员工­­­­­­­­­­­­­ （身份证号： ）于 年 月 日因（◇合同到期；◇员工申请离职；◇企业单方提出与员工解除劳动关系；◇其他 ）与企业终止劳动关系。

在本单位发生工伤次数为（ ）次，发生的费用（除一次性医疗、就业补助金外）已经支付完毕。

第 次发生工伤时间: 年 月 日，伤残等级为 级。

第 次发生工伤时间: 年 月 日，伤残等级为 级。

工伤职工本人签字：

联系方式：

**承诺：以上内容真实有效，如有虚假单位承担全部责任。**

单位公章

年 月 日