



认证服务处

纽约州
州政府
认证服务处
邮政信箱22001
奥尔巴尼, 纽约 12201-2001
客服热线: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

工作经历说明

请使用印刷体写或打印

关于申请事宜

(姓名)

经营者认证: _____ 理发师
_____ 美容
_____ 美容美体
_____ 专业美甲
_____ 自然发型设计
_____ 脱毛

我, _____, 居住于美国 _____
(证人)

州 _____ 县的 _____。

我目前在美国 _____ 州
_____ 县的 _____ 工作单位担任

_____ 职务。我已经认识 _____
(申请人)

该经营认证申请人员 约有 _____ 年。据我所知, 上述申请人员在美国 _____

_____ 州/县从事本行业的时间为从 _____
(年、月、日)

至 _____。
(年、月、日)

上述信息基于以下事实: (如有需要, 请使用背面)

我, _____, 确认并证实, 尽本人所知所信, 并经过再次检查, 上
述声明真实、准确, 如有虚假愿受伪证罪处罚。

(签名)

(日期)