**様式3（法人の役職員であることの証明）**

証　　　明　　　願

|  |  |
| --- | --- |
| 医療法人の名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 証明を受けようとする役職員の役職及び氏名 | 役職　　　　　　　　氏名 |
| 証明書を必要とする理由 |  |
| 備考 |  |

上記のとおり，医療法人の役職員であることを証明願います。

令和　　年　　月　　日

住所（法人にあっては，主たる事務所の所在地）

盛岡市収入証紙

はり付け欄

（300円）

氏名（法人にあっては，名称及び代表者の氏名）

印

盛岡市保健所長　　　　　　　　様

上記のとおり，医療法人の役職員であることを証明します。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　盛岡市保健所長　　　　　　　　公印