

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

盛岡市収入証紙
はり付け欄
(3 0 0 円)

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

印

盛岡市保健所長 星 進 悦 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 星 進 悦 公印