

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、医療法人の役員であることを証明願います。

年 月 日

申請者（代理申請の場合は代理申請者について記入すること）

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

（署名または記名押印）

（法人として申請する場合は代表者印を押印）

盛岡市保健所長

様

届出の受理に関する証明手数料 300 円（納入通知書による納付）

注 1）代理申請の場合は委任状（様式任意）を添付すること。

注 2）申請者または代理申請者が持参すること（窓口で本人確認を行います）。

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。

年 月 日

盛岡市保健所長

公印

(裏面) ※市職員が記入するため、申請者・代理申請者等は記入しないこと。

来庁者 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 開設者本人 (個人・法人代表者) <input type="checkbox"/> 代理人(親族_____・法人役職員・その他_____)
来庁者本人確認 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート、個人番号カードなど(写真付きの官公署発行のもの) 1点 <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書、年金手帳など(写真無しの官公署発行のもの) 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書、年金手帳など(写真無しの官公署発行のもの) 1点+学生証、預貯金通帳、キャッシュカードなど1点
代理申請の場合、委任 状記載事項 (全てにチェック)	※全て申請者本人が記載すること。 ※申請者本人が署名または記名押印すること(スタンプ印不可)。 ※法人の場合は代表者印を押印すること。 <input type="checkbox"/> 申請者の住所(法人にあつては主たる事務所の所在地) <input type="checkbox"/> 申請者の氏名(法人にあつては名称並びに代表者の代理者の職名及び氏名) <input type="checkbox"/> 申請者の生年月日(法人にあつては記載不要) <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> 代理人の氏名 <input type="checkbox"/> 代理人の生年月日 <input type="checkbox"/> 代理人に委任した年月日 <input type="checkbox"/> 代理人に、医療法人の役員であることの証明願に関する権限を委任する旨の記載
連絡先	
手数料(300円)	<input type="checkbox"/> 確認済み(月 日)
交付時確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載の申請者(代理申請の場合は代理申請者)と同一であることを確認(月 日交付)

(参考様式)

委任状

年 月 日

盛岡市保健所長 様

委任者（申請者本人）

住所

〔 法人であるときは、
主たる事務所の所在地 〕

氏名

〔 法人であるときは、名称
並びに代表者の職名及び氏名 〕

生年月日

年 月 日

(法人の場合は記載不要)

私は、次の者を代理人として定め、医療法人の役員であることの証明願に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

住所

氏名

生年月日

年 月 日

注1) 全て申請者本人が記載すること。

注2) 申請者本人が署名または記名押印すること（スタンプ印不可）。

注3) 法人の場合は代表者印を押印すること。