

様式第2（法人であることの証明）

証 明 願

医療法人設立認可年月日	年 月 日
医療法人設立認可番号	岩手県指令 第 号
医療法人の名称	
主たる事務所の所在地	
証明書を必要とする理由	
備 考	

上記のとおり、医療法（昭和23年法律第205号）第44条第1項の規定に基づく医療法人設立認可を受けていることを証明願います。

平成 年 月 日

岩手県収入証紙 はり付け欄 (400円)
----------------------------

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、名称及び代表者の氏名）

印

岩手県 保健所長 様

上記のとおり、医療法（昭和23年法律第205号）第44条第1項の規定に基づく医療法人設立認可を受けていることを証明します。

平成 年 月 日

岩手県 保健所長 公印