

様式第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。

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、医療法人の役職員であることを証明します。

平成 年 月 日

岩手県 保健所長 公印