

( 様 式 6 )

# 証 明 書

年 月 日

東 京 都 医 師 会 長 殿

以下の者が、母体保護法指定医師であったことを証明します。

|         |               |
|---------|---------------|
| 氏 名     |               |
| 医療施設名   |               |
| 所 在 地   |               |
| 指 定 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

\_\_\_\_\_  
医師会

\_\_\_\_\_  
会 長

\_\_\_\_\_  
印