

( 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