（様式９：病院関係）

捨印

証　明　願

年　　月　　日

東　京　都　知　事　　殿

申請者住所

申請者氏名　　印

提出先：東京都医師会
理　由：母体保護法指定医師指定申請のため

下記医療施設について、医療法第２７条により使用許可がなされていることを証明してください。

記

1	医療施設名	
2	所　在　地	〒 ＴＥＬ　　－　　－
3	開　設　者	
4	診療科目	
5	許可病床数	床
6	管理者氏名	
7	使用許可 年月日、同番号	年　　月　　日　　号

上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日（証明番号：　　）

東京都知事　　印