

(様式 8 : 診療所関係)

捨 印

証 明 願

西 暦 年 月 日

保健所長 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、医療法により開設許可または届出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	許可収容定員	床
6	管理者氏名	
7	開設許可・届出年月日、同番号	西暦 年 月 日 号

上記のとおり相違ないことを証明する。

西暦 年 月 日 (証明番号：)

保健所長

印