

(様式 9 : 病院関係)

捨 印

証 明 願

西暦 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	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： ）

東京都知事

印