

|     |   |   |             |
|-----|---|---|-------------|
| 平成  | 年 | 月 | 日           |
| 手数料 |   |   | 扱者<br>円領収済み |

様式第1-2号（医療安全対策係）

## 証 明 願

平成 年 月 日

（宛先）静岡市保健所長

住 所

氏 名 印

電話番号

（使用目的） に使用するため、

下記のとおり証明を願い出ます。

記

### 1 証明事項