

# 記載例

令和 年 月 日

## 証明願

山形県村山保健所長 殿

住 所：法人住所  
申請者 氏 名：医療法人 ○○  
理事長 ○○ ○○○  
電話番号：

次の理由により、下記の届出事項について証明願います。

理 由	①
-----	---

①～⑤について御記入ください

### 記

開設者の氏名	②
医療機関の名称	③
開設の場所	④
開設年月日	⑤
開設の期間	※期間の証明が必要な場合のみ。通常は記入不要です。

↓ 以下、村山保健所で記入します

村保第 号

上記について相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

山形県村山保健所長

令和 年 月 日

## 証 明 願

山形県村山保健所長 殿

住 所 :

申請者 氏 名 :

電話番号 :

次の理由により、下記の届出事項について証明願います。

理 由	
-----	--

### 記

開設者の氏名	
医療機関の名称	
開設の場所	
開設年月日	
開設の期間	

村保第 号

上記について相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

山形県村山保健所長