

証 明 願

年 月 日

〔保健所長
保健福祉事務所長〕殿

住 所

氏 名

電 話 ()

私は、このたび受胎調節実地指導員の指定を申請するにあたり 保健師・助産師
・看護師の免許について下記のとおり申請手続き中であることを証明願います。

登録番号	第	号	登録年月日	年 月 日
------	---	---	-------	-------

	変 更 前	変 更 後
本 籍	都・道・府・県	都・道・府・県
ふりがな 氏 名		

証 明 書

第 号
年 月 日

上記については、年 月 日に当
手続き中であることを証明します。

〔保健所
保健福祉事務所〕において受理し、

〔保健所長
保健福祉事務所長〕 印