証　明　願

　　年　　月　　日

　柏市長　　様

住所（法人の主たる事務所の所在地）

氏名（法人の名称及び代表者氏名）

　次の理由により，下記施設が（開設中・廃止済）であることの証明を願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 目的 |  |

記

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 | 診療所・助産所 |
| 開設者等住所 |  |
| 開設者等氏名 |  |
| 施設所在地 | 柏市 |
| 施設名称 |  |
| 備考 | 開設年月日：管理者氏名：診療科目：病床数：廃止年月日： |

　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　年　　月　　日

柏市長　太　田　和　美