

証明願 (記載例)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 下関市立下関保健所長

願出者 (開設者) 住所 個人: ご自宅  
法人: 法人住所  
氏名 個人: 氏名  
法人: 法人名・代表者役職・氏名  
電話 (083) 231-1711

下記のとおり (開設・変更届を受理されたこと) を証明願います。  
(開設許可されたことを)

証明の提出先 〇〇銀行

記

- 種別 診療所・歯科診療所・施術所・歯科技工所
- 施設名 しものせきこころクリニック
- 施設の所在地 下関市南部町1番1号
- 開設者の氏名 個人: 氏名 法人: 法人名・代表者役職・氏名
- 開設年月日 不明な場合は空白でお願いします
6. 変更新年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

以上

(代理人に依頼する場合は以下の委任欄に必要事項をご記入ください)

下記の者に、証明願の手続きに係る権限を委任します。

受任者住所 \_\_\_\_\_

受任者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)