

証明書交付申請書

荒川区保健所長 殿

(□に☑をつけてください)

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

申請者 (窓口に来られた人)	住所	荒川区荒川○-○-○ 電話 090 (○○○○) ○○○○
	氏名	荒川 太郎
	生年月日	大正・昭和・平成 ○○年 ○ 月 ○ 日生
	営業者・開設者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人(代表者) <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> 従業員・社員 <input type="checkbox"/> その他()

施設	所在地	荒川区 町屋 ○ 丁目 ○○ 番 ○○ 号
	名称	○○クリニック
	業種	診療所
証明事項	<input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 確認 <input checked="" type="checkbox"/> 届出 <input type="checkbox"/> 免許証新規申請中 <input type="checkbox"/> 免許証書換え交付申請中 <input type="checkbox"/> 免許証再交付申請中 <input type="checkbox"/> その他 ()	必要数 ○ 通
使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 融資 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 試験 <input type="checkbox"/> その他 ()	

荒保衛証第 号 令和 年 月 日					手数料収納印	
課長	係長	担当	照合	割印	受領印	300円× 通
						¥ _____
別紙案のとおり証明する。			公印			

申請者の本人確認・コピー	済
営業者・開設者の意思確認	済・未