

# 証 明 書 交 付 申 請 書

年 月 日

葛飾区保健所長 あて

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり、証明書の交付を申請します。  
 記

## 証明事項

### 資格に関すること

届出申請種別	<input type="checkbox"/> 籍(名簿)訂正・免許証書換え交付申請 <input type="checkbox"/> 免許証再交付申請 <input type="checkbox"/> 新規免許申請
氏名(旧姓)	( )
本籍地都道府県	
免許種別	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他( )
免許登録番号・年月日	第 _____ 号 _____ 年 月 日

### 営業(開設)に関すること

申請種別	<input type="checkbox"/> 許可、確認、届出を受けていることの証明 <input type="checkbox"/> 廃止等届出を受け付けたことの証明 <input type="checkbox"/> 申請を受け付けたことの証明 <input type="checkbox"/> その他( )
施設・営業所の名称	
所在地	葛飾区
営業(開設)者名	
種別	診療所・歯科診療所・施術所(あはき・柔整)・その他( )

### 畜犬に関すること

申請種別	<input type="checkbox"/> 登録を受けていることの証明 <input type="checkbox"/> 注射済票を受けていることの証明
犬の名前	
犬の種類	

証明書の必要枚数 \_\_\_\_\_ 枚

決  裁	課長	係長	係員	收受 _____ 年 月 日 医証第 _____ 号	料金収納印 _____