

証 明 書

川 棚 町 長 様

別表【様式1—2】の者については、
(施設・医療機関名：)
の従業者であることを証明します。

令和 年 月 日

(法 人 名)

(施設・医療機関名)

(所 在 地)

(連 絡 先)

(代表者氏名)