

年 月 日

郡山市長様

住 所

氏 名 ⑩

医籍登録番号 第 号

勤務先所在地

勤務先名称

証 明 願

このことについて、下記により証明願います。

記

証明内容 小児慢性特定疾病指定医育成研修修了証

理 由 小児慢性特定疾病指定医の申請のため