

証 明 願 い

平成 年 月 日

住 所 西伯郡南部町

氏 名

㊟

下記の者が施設・病院・その他に長期滞在中であることを証明願います。

氏 名	
施設名	
所在地	
期 間	平成 年 月 ~ 平成 年 月

※6ヶ月以上が該当

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

住所

氏名

㊟