

証明願

令和 元年 5月 1日

(宛先) 川崎市保健所長

住所 川崎市川崎区宮本町1

自署であれば  
押印省略可

氏名 川崎 花子

印

電話番号 090-1234-5678

生年月日 昭和・平成 7年 7月 7日

次のとおり...看護師...免許証の(新規・再交付・書換)申請中であることを証明願います。

- 1 受付年月日 令和 元年 5月 1日
- 2 登録年月日 昭和・平成・令和 30年 4月 1日
- 3 登録番号 第 1234567 号

4 本籍地及び氏名  
 新規・再交付の場合  
本籍 (都道府県)  
氏名

書換の場合

<変更前>

本籍 (都道府県) 北海道

氏名 札幌 花子

<変更後>

本籍 (都道府県) 神奈川県

氏名 川崎 花子

5 証明が必要な理由

就職先等の諸手続きに使用するため

その他 ( )

川崎市証明 衛第 号

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

川崎市保健所長 田崎 薫