証　明　願

年　　　月　　　日

（宛先）川崎市保健所長

住所

氏名

電話番号

生年月日　昭和・平成　　　年　　　月　　　日

次のとおり　　　　　　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　　　年　　　月　　　日

２　登録年月日　　　昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日

３　登録番号　　　　　　　第　　　　　　　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＞　　　　　　　　　　　　　　＜変更後＞

本籍（都道府県）　　　　　　　　　　　　本籍（都道府県）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

５　証明が必要な理由

ア　就職先等の諸手続きに使用するため

イ　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