

入院証明書

申請者	住所	松浦市 町 免 番地
	氏名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 平・令

上記の者は、 年 月 日から本医院に入院しているため、個人番号カードの受け取りに本人が来庁できないことを証明します。

令和 年 月 日

入所先 所在地

医院名

代表者

⑩

電話 ()