

入院・入所証明書

波佐見町長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所	長崎県東彼杵郡波佐見町		
生年月日	T・S H・R	性別	男・女
電話番号			

私は、上記個人番号カード交付申請者が、当施設に（入院・入所）していることを証明します。

(施設長記載)

施設名	
施設の住所	
氏名	
電話番号	