

様式 12

年 月 日

佐賀県知事 様

(主たる事務所の所在地)

(医療法人名)

(理事長名)

医療法人の役員であることの証明願

下記の者が本医療法人の役員であることを証明願います。

記

役員名簿

区 分	氏 名	住 所	就任年月日
理事長			
理事			
理事			
理事			
監事			

医療法人

の役員は上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

佐賀県知事