

入院証明書

申請者	住所	秩父市
	氏名	
	生年月日	明・大・昭 平・令 年 月 日生
	入院期間	年 月 日～ 年 月 日予定

上記の者は、上記期間本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

入院先 所在地

病院名

院長者

印

(証明者)

電話

()

秩父市長 殿

この証明書は、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するものです。