様式第2号(第1条関係)

県内医療機関特定診療科診療従事証明書

年　　月　　日

　福島県知事

医療機関

名称

所在地

開設者又は管理者の氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

　下記の者は、当医療機関の医師として診療に従事することを証明します。

記

1　氏名

2　診療科

3　診療開始年月日

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とし、縦長にして用いること。