

入院証明書 (印鑑登録意思能力証明書)

入院されている方

住 所	都城市
氏 名	
生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 年 月 日 生

令和 年 月 日

都 城 市 長 あ て

1 . 上 記 の 方 は、現 在 当 病 院 に 入 院 中 で あ る こ と を 証 明 し ま す。

2 . 上 記 の 方 は、現 時 点 に お い て 印 鑑 登 録 を す る **意 思 表 示 が で き る 者** と 認 め ま す。

病 院 の 名 称 _____

病 院 の 所 在 地 _____

医 師 の 氏 名 _____ (印)

※この入院証明書は、上記の方が印鑑登録をする際の参考とさせていただきます。

都 城 市 役 所 市 民 課