

入 所 ・ 入 院 証 明 願

住 所	神石高原町
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日

上記の者について、神石高原町農業集落排水施設使用人数の変更（控除）申請に使用するため、令和 年4月現在、貴施設・病院に入所・入院中であり、継続して向こう1年間以上入所・入院する予定であることを証明願います。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

施設・病院名

様

上記について、相違ないことを証明します。

年 月 日

施設・病院 住所

施設・病院 名

印

電話番号