様式５

　　年　　月　　日

（宛先）前橋市長

法人の住所

名　　　称

理事長の氏名

独立行政法人福祉医療機構提出に係る証明願

独立行政法人福祉医療機構が実施する　　　　　　　　　　　　事業を活用するに当たり、別紙証明書の提出が必要なため、証明くださいますようお願いいたします。