

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。