

# 個人番号カード顔写真証明書

蒲郡市長 様

令和 年 月 日

(申請者本人)

氏名			
住所			
生年月日		性別	男・女
電話番号			

申請者本人の 顔写真貼付欄
------------------

私は、上記個人番号カード交付申請者が、貼付した写真の者と同一人物であること及び当病院に入院中であることを証明します。

(病院長記載)

病院名	
病院の住所	
氏名	
電話番号	