

別記様式第九号（第十条関係）

表

110mm	
年 月 日	母体保護法第十五条第一項の規定により指定を受けた者であることを証する。 〔助産師、保健師 又は看護師の別〕 氏 名 年 月 日生
都道府県知事 印	
90mm	

裏

記載事項

備考 指定の申請時等に旧姓の併記の希望があった場合には、氏名と併せて記載する。