別記様式第九号（第十条関係）

表　110mm

第　　号

指　定　証

本　籍

（助産師、保健師又は看護師の別）　　氏　　名

年　　月　　日生

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。

年　　月　　日

都道府県知事　印

90mm

裏

記載事項