

※手数料は、1通につき350円です。

記載例

※郵送で証明希望をされる場合は、切手を貼った返信用封筒を同封してください。

## 証 明 願

令和 年 月 日

佐賀県知事 山口 祥義 様

住 所 ○○県○○市・・・・・・・・

氏 名 株式会社○○○

代表取締役 ○氏名○

- 1 名 称 佐賀県国民健康保険団体連合会
- 2 事務所の所在地 佐賀県佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館
- 3 代表者氏名 理事長 峰 達 郎

上記事項に相違ないことの証明をお願いします。

- ・必要部数 1通
- ・提出先 ○○地方裁判所
- ・使用目的 債権差押命令申立のため