

# 証 明 書

所属名称  
氏 名 男・女( 歳)  
生年月日

上記の者は、療育手帳の取得の対象に準ずる障害があることを証明します。

平成 年 月 日

所属名称

所属代表者名



住 所	申込者の現在の住所(住民票と同じ*1)					
	〒 ー 愛知県					
適 用	(受付日)	所 長	部 長	副部長	主 査	主 事
	平成 年 月 日					

記載事項にある個人情報、大会に係る事業目的以外に使用しません。

\*1 現在のお住まいと異なる場合はその旨、記載してください。