

証 明 書

所属名称
氏 名 男 ・ 女 (歳)
生年月日

上記の者は、下記の手帳取得の対象に準ずる障害があることを証明します。

(療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳)

○印を付してください

令和 年 月 日

所属名称

所属代表者名

印

住 申込者の現在の住所 (住民票と同じ*1)

所

〒 -
愛知県

適

(受付日)

用

令和 年 月 日

所 長	部 長	副部長	主 査	主 事	嘱 託
-----	-----	-----	-----	-----	-----

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。