

療育手帳取得の対象に準ずる障害に係る証明書

現所属名

氏 名

性 別

生年月日 年 月 日

年 齢 歳

現 住 所

在籍期間 年 月 ～ 年 月（卒業・退所）

以上の者が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。

令和 年 月 日

所属名

所属長

印