

2019年 月 日

証 明 書

下記の選手につきましては、療育手帳取得の対象に準ずる障害があることを証明します。

記

1. ^{ふり} ^{がな} 氏名・性別 _____ (男・女)
2. 生年月日 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
3. 年 _____ 齢 _____ 歳 (2019年4月1日現在) _____
4. 選手現住所 _____
5. 在籍・卒業団体名 _____ (卒業・在籍)
6. 在籍期間 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
7. 証明者名 _____ 印