

2020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 (2020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