２０２４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がいがあることを証明します。

記

１． ・性 別　　　　　　　　　　　　　（　男 ・ 女　）

　２．生年月日　　昭和・平成　　　　年　　　　月　　　日

３．年齢　　　 　　　歳　（２０２４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