

2025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. 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 (2025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