証明書

氏名

性別

生年月日　　　　　年　月　日

年齢　　歳

現住所　山口県　　市

在籍(学)期間　　　　年　月～在籍(学)中

上の者は、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：

職氏名：　　　　　　　　　　印

注）年齢は、当該年４月１日現在の年齢を記載すること。