

証 明 書

所属名称

氏 名

男・女 (歳)

生年月日

上記の者は、下記の手帳取得の対象に準ずる障害があることを証明します。

(療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳)

○印を付してください

令和 年 月 日

所属名称

所属代表者名

印

申込者の現在の住所（住民票と同じ）

〒

住

愛知県

所

現在のお住まいと異なる場合はその理由を下記に記載してください。

適

(受付日)

用

令和 年 月 日

所 長

主 幹

副主幹

専門員

主 事

推進員

記載事項にある個人情報、大会に係る事業目的以外に使用しません。

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
障害者スポーツ振興センター