通園証明書

　　年　　月　　日

（給付決定保護者氏名）

　　　　　　　　　　　様

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長氏名

下記児童は、当施設に通園（通所）していることを証明します

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 児童氏名 | 生年月日 | 在園期間 |
| １ |  |  | 　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |