

# 通園証明書

年 月 日

様

（給付決定保護者氏名）

住所

施設名

施設長氏名

印

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			～ 年 月 日 年 月 日
3			～ 年 月 日 年 月 日
4			～ 年 月 日 年 月 日