在園証明書

様式第２号

　　　　年　　月　　日

　　　　　区保健福祉センター所長　様

　住　　　所

　施　設　名

　施設長氏名

次の児童は、当施設に在園（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 |  | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日 |
| ２ |  | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日 |
| ３ |  | 平成　　年　　月　　日 | 平成　　年　　月　　日　～平成　　年　　月　　日 |