

第2号様式（第5条関係）

通園証明書

年 月 日

知多市福祉事務所長 様

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 日から 年 月 日まで在園見込
2			
3			
4			

※在園期間例：「〇〇年4月1日から〇〇年3月31日まで在園見込」