

様式第5号 (第5条関係)

年 月 日

在籍証明書

児 童 名	
生 年 月 日	年 月 日 (歳児)
住 所	県 市・町
入 園 年 月 日	年 月 日 入園

上記の者は、 年 月 日現在当施設に在籍していることを証明します。

米原市地域包括医療福祉センター長 様

施 設 名 _____

施 設 長 名 _____ 印

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____ () _____