

様式第2号（第5条関係）

伊勢市障害児機能訓練通所証明書

通所児童	住 所															日 間	
	氏 名		生年月日	年 月 日													
通所の状況（通所した日を○で囲んでください。）																	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日 間
月分	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日 間
月分	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日 間
月分	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日 間
月分	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日 間
月分	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
合 計																日 間	

（宛先）伊勢市長

上記のとおり機能訓練のため通所したことを証明します。

年 月 日

所在地
施設名
代表者名

㊞