

# 在籍証明書

(給付決定保護者氏名) 様

令和 年 月 日

本校の児童・生徒の在籍または通級について、下記のとおり証明します。

学校名

校長

印

記

ふりがな	
氏名	
生年月日	平成 年 月 日
学年	第 学年

学級・通級	種別	学級名称
<input type="checkbox"/> 特別支援学校	<input type="checkbox"/> 知的	/
	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	
	<input type="checkbox"/> 病弱	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> 特別支援学級	<input type="checkbox"/> 知的	
	<input type="checkbox"/> 自閉症・情緒	
	<input type="checkbox"/> 病弱・身体虚弱	
	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	
	<input type="checkbox"/> 難聴・弱視	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> 通級指導教室	<input type="checkbox"/> まどか教室	/
	<input type="checkbox"/> ゆたか教室	

・必要事項を記入し、対象の項目に☑を入れてください。

・特別支援学級の学級名称をご記入ください。(例：○組、さくら学級、等)