

様式第2号（第5条関係）

障がい福祉サービス施設等通所証明書

通所者氏名	
通 所 年 月	通 所 日 数
年 月	日
年 月	日
年 月	日

上記のとおり通所したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

施設名

施設長 印

日光市長 様