

在学証明書

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

上記の者は、本校において平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から在学していることを証明する。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

社会福祉法人佐賀県社会福祉協議会会長 様

修学先名称

所在地

電話番号

代表者

印