

(様式第2号)

## 通院・通所証明書

令和 年 月 日

(あて先) 千葉市長

住 所

施設(団体)名

代表者氏名

印

下記の者は通所していることを証明します。

記

通所施設の種別		(該当する種別の□にチェックを記入して下さい) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 精神障害者共同作業所 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科ナイトケア <input type="checkbox"/> 精神科デイナイトケア <input type="checkbox"/> 精神科ショートケア			
対象者	氏名	カナ			
		漢字			
対象者	住 所				
月当たり作業日数	月	月	月	計	
備 考					