

特別支援学級在籍証明書

児童氏名	
性 別	
生年月日	
学級名（区分）	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 自閉・情緒 ※在籍している学級名に☑をお願いします。

（宛先） 下関市長

本小学校に在籍する上記の児童について、上記の事項を証明します。

年 月 日

学校名

校長名