

# 佐賀県立宇宙科学館手帳所有証明書

年 月 日

佐賀県立宇宙科学館 館長 様

団体名(施設・学校名)  
電話番号

1、利用日時 平成 年 月 日

2、利用人数 手帳所有者 名

引率者・介助者 名

3、手帳所有者名

合 計 名

印をつけてください				等級	氏名
No.	身体	療育	精神		

印をつけてください				等級	氏名
No.	身体	療育	精神		

上記の者は、手帳所有者であることを証明する。

申請代表名

印

※1枠が足りなければ複写してください。

※2交付証明書は確認後、返却いたします。当日、原本をご持参ください。

※3学校印または施設印もしくは代表者印を捺印してください。