

# 在学証明書

学生氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

社会福祉法人  
佐賀県社会福祉協議会 会長 様

学校名

所在地

電話番号

代表者

印

※学校規定の在学証明書でも構いません。