

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 所有証明書

来園日 平成_____年_____月_____日

滝野管理センター長 殿

団体名 _____
 住 所 _____
 代表者氏名 _____ 印

当団体は、滝野すずらん丘陵公園に入園する際に、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を所有していることを下記のとおり証明します。

記

NO	氏名	手帳の種類 (いずれかを○で囲む)	手帳の番号	備考
1		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
2		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
3		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
4		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
5		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
6		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
7		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
8		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
9		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
10		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
11		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
12		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
13		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
14		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		
15		身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者手帳		

※手帳の代わりとなりますので、必要事項を記入の上、当日、駐車料金所と各入園ゲートにて提示して下さい。
 ※記入欄が足りない場合は、この証明書をコピーしてお使い下さい。