

## 特例制度対象施設証明書

※ 1・2は受験者が記入してください。  
また、実務証明書の写しを添付してください。

### 1 受験者氏名及び生年月日等

氏 名 \_\_\_\_\_

昭和・平成 年 月 日生

連絡先 \_\_\_\_\_

### 2 施設名等

施設名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

上記施設は、特例制度対象施設であり、対象期間は、平成・令和 年 月から  
平成・令和 年 月までであることを証明する。

令和 年 月 日

吹 田 市 長

中核市名 吹 田 市  
(福祉部福祉指導監査室)