**証　明　書**

豊橋市長　様

当該児童は、本事業所を利用しており、　　年　　月　　日に本事業所の管理下において発生した傷病等により、救急搬送されたことは間違いありません。

　児童氏名

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　※代表者の署名又は記名押印