

診断書

(ぎふ清流おもいやり駐車場利用証制度 申請用)

申請者 住 所 : _____
氏 名 : _____
生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

上記の者は、以下の理由により歩行が困難であることが認められます。

記

1. 傷病名 _____
2. 歩行が困難な
期間の見込み _____ 年 _____ 月末まで ※診断日から1年の範囲内で記載
3. 車椅子の常時
の使用 _____ 要 / 不要
4. 備考

年 月 日

医療機関の名称
所在地
連絡先
診療担当科名
医師氏名

印