

(参考様式)

# 診 断 書

(いばらき身障者等用駐車場利用証制度用)

住 所：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_

生年月日：\_\_\_\_\_

標記の者は、下記のとおり、歩行困難な状況であると認められます。

記

傷病名 \_\_\_\_\_

歩行困難の期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ ケ月間

その他（特筆すべき事項がありましたら記載願います。）

( \_\_\_\_\_ )

年 月 日

医療機関名：\_\_\_\_\_

所在地：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

医師名：\_\_\_\_\_ 印

※署名もしくは記名押印をお願いいたします。