

# 専 門 医 の 診 断 書

現住所

氏 名

平成 年 月 日生

病 名

所 見

(障害の状態、配慮すべき事項等を記入してください)

上記の通り診断する。

令和 年 月 日

住所

病院名

電話

医師氏名

※写しを送付する

主障害種の専門医の診断書を提出  
してください。