

(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 _____ ヶ月間

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。