

入学願の
受付番号

医 師 の 診 断 書

ふりがな 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日生 平成
療育手帳	有（A1、A2、B1、B2）・無	・補装具等使用 有・無 （車椅子・歩行器・その他の補装具等）	
身体障害 者手帳	有（種 級）・無	・呼吸や食事に関する器具装着等 有・無 （ ）	
・ 肢体不自由に関する診断名 ・ 重複する障がいに関する診断名及び所見 ・ 進学に関する総合所見（日常生活及び健康に関する留意点） 診断の結果、上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師氏名 印			

※この診断書は、開封無効でお願いします。