

様式 19

入学願の 受付番号	
--------------	--

医 师 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 ()	
<ul style="list-style-type: none">・知的障がいに関する診断名・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。