診断書

住 所

氏 名

生 年 月 日　　　　　年　　月　　日　生

標記の者は、下記の傷病により歩行障害が認められます。

傷病名

歩行障害を認める期間

付 記

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　医師　　　　　　　　　　　　　　　印