

診 断 書

(島根県思いやり駐車場利用証交付申請用)

〒

住 所 _____

氏 名 _____

標記の者は、次のけが・傷病等により歩行が困難であるため、思いやり駐車場の利用が適切であると認めます。

※ 「歩行が困難」とは車いすや杖等の歩行補助具を必要とする程度の状態にある者をいう。

[けが・傷病等名]

[歩行が困難な期間]

(該当する項目の□にチェック(✓)を入れてください)

- ☐ か月間程度
- ☐ 1 年間
- ☐ 回復の見込なし

年 月 日

医療機関の名称

所 在 地

電 話 番 号

医 師

印

(記載にあたって)

※押印は必ずお願いします。