

おもいやり駐車場利用証申請用診断書（けが人等用）

氏 名	大正 昭和 年 月 日生（ ）歳 平成	男・女
住 所		
（外傷名等： _____）により （全治する月： _____ 年 _____ 月）まで歩行が困難であることを診断 します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 医 師 名 印		