|  |
| --- |
| 診 　断 　書（長崎県おもいやり駐車場利用証申請用）住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　生 |
| 　　傷病名 |
| 　　付記 |
| 上記傷病の理由により、車いす、杖等の補装具等を使用し、歩行困難な状況にあると認められる期間　　　（下記のいずれかにご記入ください）　　　□　駐車場の利用に配慮が必要な状況が受診日から　　　　年　　　　ヶ月間継続する見込みである。　　　□ 駐車場の利用に配慮が必要な状況が永続する見込みである。 |
| 上記の通り診断します。　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　 |
| 医療機関名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※医療機関へのお願い

（参考様式）

　　長崎県おもいやり駐車場利用証制度の利用証の交付は、記入された必要な期間を元に行います。必ず、移動に配慮が必要な期間をご記入ください。