第3号様式(特支幼)

			X 2/J)	専	門	医	の	診	断	書		
現(住	所										
氏		名								年	月	日生
病 <u>※</u> [障害	名 <u>名</u>										
障 ※主		種 ぼを○で[囲んで	くださ	· l v _o							
		聴覚障	害	知	」的障害	月	支体不自	由	病弱	(視覚障害	害については,	別様式)
		の程度	につい	いては						記入下さい。		
		上記	のとま	らり診	断する。							
2	令和	年	F	1	日							
			住	Ė .	所							
			疖	亨院	名				電	話		
			医	E 師氏	名					印		

- ※ 障害種別の専門医の診断によること。
- ※ 視覚障害については、沖縄盲学校専攻科と同書類、3号様式(特支専)を使用すること。