

狛江市障害者福祉センタープールの使用に係る診断書

【患者】

氏 名	
住 所	
生年月日	年 月 日
病 名	

機能訓練の 指示内容	
---------------	--

【医療機関】

作成日	年 月 日
所在地	
名 称	
主治医氏名 (署名又は記名押印)	

※押印は医療機関の印でも可