［様式４］ 取扱注意

※　この診断書は、「群馬県立特別支援学校高等部訪問教育入学者選考」に必要な書類です。障害によ

り通学が困難な状態であることの説明を記載願います。

|  |
| --- |
| 受検番号 |
| ※訪 　　　　 　番 |

診　断　書

　群馬県立　　　　　　　　特別支援学校長　様

 　　生徒氏名 　　　　 　　　　 について下記のとおり診断します。

１　障害名及び病名

　２　所　見

　　《障害の状態（通学が困難な状態の説明） 》

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 《投薬等の状況等》 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 　　　　　　　　　　　　　　令和 　　年 　　月　　 日

 医療機関名

 医師氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

（注）なお、この診断書は、開封無効でお願いします。

 　　※印欄には記入しないでください。