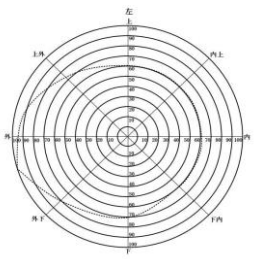
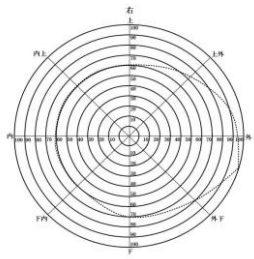


| 専 門 医 の 診 断 書   |     |   |     |     |   |   |
|---|-----|---|-----|-----|---|---|
| 現 住 所   |     |   |     |     |   |   |
| 氏 名   |     |   | 年 月 |     | 日生  |   |
| 視 力   | 裸 眼 | 右   | 左   | 矯 正 | 右   | 左 |
| 視 野   | 右   |  |     | 左   |  |   |
|   |     | 視野に関する所見  |     |     | 視野に関する所見  |   |
| 病 名   |     |   |     |     |   |   |
| 所 見   |     |   |     |     |   |   |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>病 院 名</p> <p>住 所</p> <p>医師氏名</p> |     |   |     |     |   |   |
|   |     |   |     |     | 電 話   |   |
|   |     |   |     |     | 印   |   |

障害種別の専門医の診断によること。