附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片处（两寸近期免冠白底彩照） |
| 身份证号码 |  |
| 住址 |  |
| 指定医院或专业机构诊断结果 | 诊断结果：诊断符合 残疾标准，表现达到 级分级标准。处理意见：诊断医师： 指定医院或专业机构（盖章） 年   月 日 |

**中山市残疾儿童诊断证明书**

备注：1.本诊断证明书是享受“中山市0-6岁残疾儿童康复救助项目”的重要依据，请妥善保管；

 2.本诊断证明书应根据国家残疾标准评定并由定点诊断机构出具并加盖印章。