

附件 2

孤独症儿童诊断证明

儿童姓名		性 别	
儿童身份证号			
诊断时间		诊断医生姓名	
<p>经诊断，该儿童确诊为孤独症。</p> <p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			

注：本表由我市孤独症儿童康复救助诊断机构负责出具。