

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日	年 齡	歳
住 所			
<p>上記の者は、麻薬、あへん、大麻及び覚せい剤の 中毒者でないものと認めます。</p> <p>上記のとおり診断します。</p>			
診断年月日	平成 年 月 日		
医 師	病院、診療所等 の 名 称		
	所 在 地 電 話 番 号	TEL	
	氏 名	(印)	

※ 医師個人の印が押された診断書が必要です。(医療機関の印は無効)。