

(参考様式)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日生
平成

上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者
に該当しないと診断します。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師の氏名

印

※ 感熱紙の診断書は長期保管できないためご使用にならないようお願いします。