

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日 生

上記の者は、麻薬、あへん、大麻及び覚せい剤の中毒者で
ないことを診断します。

年 月 日

所 在 地

名 称

医 師 氏 名

Ⓔ

※医師氏名の印は、診断した医師の個人印をお願いします。(法人印、理事長印は不可)