

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____ 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 月 日生

(歳)

上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒者ではないことを証明します。

年 月 日

病院・医院等名称	
所 在 地	
診断医の氏名・印	印

※ 印は必ず診断した医師の個人印を押印してください。
(訂正する場合は、見え消しの上、上記と同一の印鑑で訂正印を押印してください。)