

診 断 書

現住所 _____

氏 名 _____ 性別 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____

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診断します。

診断年月日	年 月 日
住所	
病院・診療所等名称	
電話	
診断医師名	印