

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
(歳)

上記の者は、次に掲げる者ではないことを証明します。

麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者

年 月 日

診断機関名

住 所

診断医師名

印