

# 診 断 書

住 所			
氏 名		性別	男・女
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	年齢	歳
上記の者は麻薬、大麻、あへん、覚せい剤の中毒者でないことを 診断します。			
診断年月日	年 月 日		
医療機関名称			
所在地等	電話番号		
医師氏名	医師	印	

- ※必ず医師が記入して下さい。
- ※医療機関や診療科目の指定はありません。
- ※医師個人の記名・押印が必要です。
- ※診断書の有効期間は発行から1ヶ月以内です。