

診 断 書

住所

氏名

年 月 日生

上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は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

⑩

(調理師用)

※医師の自署の場合は押印不要

※記載事項に訂正がある場合は、診断医師の訂正印を押印すること