

診 断 書

住所

氏名

(大正・昭和・平成) 年 月 日生

上記の者は、麻薬、あへん、大麻若しくは覚せい剤の中毒者ではないことを認めます。

令和 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

医師名

印