

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日	年 齡	歳

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と診断します。

年 月 日

医療機関

(名 称)

(所在地)

(電話番号)

医 師

印