

診 断 書

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

医師	医療機関 の名称	
	所在地	
	電話番号	
	氏名	印