

診 断 書

住 所

氏 名

昭和
平成 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。

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 氏 名

印