

(関西広域連合 調理師・製菓衛生師免許申請用)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日生
平成

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。

診断年月日 令和 年 月 日

医療機関所在地

名 称

医師氏名