

# 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日生  
平成

上記の者は、心身の故障なく、  
アルコール、麻薬、大麻、あへん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