

診 断 書

| | |
|---------|----------------------------------|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | 明治 大正 昭和 年 月 日 平成 令和 |

上記の者について、次のとおり診断します。

1 麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者であるかないか

あり なし

備考：

| | | | |
|---------|------------------|--|---|
| 診断年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| 診 断 医 師 | 病院、診療所等 施 設 名 | | |
| | 所 在 地 | | |
| | 氏 名 | | 印 |

※ 診断医師の氏名は、記名押印又は署名であること。(参考：医師法施行規則第20条)

※ 印は、診断医師の**個人印**を使用する。

また、押印の際は、**朱肉**を使用すること(スタンプ印は不可)。

※ 訂正時は診断医師の**個人印**とし、朱肉を使用すること。