

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

性 別 男 ・ 女

上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者ではないことを診断する。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

⑩