

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者は、麻薬、あへん、大麻、又は覚醒剤の中毒者でないことを
診断する。

年 月 日

病院、診療所等の所在地

病院、診療所等の名称

医師氏名 ㊟