

# 診 断 書

氏 名

---

住 所

---

生年月日

---

上記の者は、麻薬、あへん、大麻若しくは覚せい剤の中毒者でないことを  
診断する。

診断日 年 月 日

医療機関名

住 所

医師の氏名

印