

診 断 書

住所

氏名

年 月 日生

上記の者は、精神の機能の障害又は麻薬、あへん、大麻若しくは覚醒剤の中毒者でない。

上記のとおり診断する。

年 月 日

病院名
(所在地)

医師名

印