

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者でないことを証明します。

年 月 日

【医療機関】

所在地 _____

名 称 _____

医 師 名 _____ 印