

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
中毒者ではありません。

年 _____ 月 _____ 日

所在地

医療機関名

医師氏名

⑩