

参考様式

診 断 書

住 所

氏 名

大正・昭和・平成 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診断する。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名