

診 断 書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
性 別	男 ・ 女
年 齢	歳

上記の者は、麻薬、あへん、大麻若しくは覚せい剤の中毒者の症状を認めません。

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

診断医師 住所

氏名

印