

(参考)

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上の者は、精神病又は麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない
ことを診断します。

令和 年 月 日

医師 住所又は勤務先

氏 名

印