

# 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日                      年      月      日生（      歳）

上記の者は、アルコール、麻薬、大麻、あへん  
又は覚醒剤の中毒者ではないものと診断します。

年      月      日

病院所在地

病院名

医師

⑩