

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