

# 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

上記の者は精神病患者または麻薬、大麻、あへんもしくは覚醒剤の中毒者ではない。

上記のとおり診断します。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

印