参考様式第１号(調理師免許)

|  |
| --- |
| 診断書 |

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和 |  年　　月　　日生 |
| 平成 |

上記の者は検診の結果，麻薬，あへん，大麻又は覚せい剤の中毒者の症状を認めません。

上記のとおり診断いたします。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の所在地 |  |
| 医療機関の名称 |  |
| 医師の氏名 | ㊞ |

※医師の個人印を押すこと。

※　訂正があるときは，訂正箇所に二重線を引き，その線に重ねるように訂正印（医師の個人印とする。）を押し，訂正箇所の付近の余白部分に訂正する文字を記入すること。