

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

⑩

※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。