

(個人・役員・合格証明書交付申請用)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

上記の者は、

- 1 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤
の中毒者
- 2 精神機能の障害により、警備業務を適正に行
うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を
適切に行うことができない者

に該当しないことを診断します。

年 月 日

病院所在地

病院名

医 師