

# 診 断 書

住所

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

上記の者は、麻薬、あへん、大麻、若しくは覚せい剤の中  
毒者ではないことを認める。

上記のとおり診断します。

診断日 令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名