

診 断 書

住 所

氏 名

大正 昭和 平成 年 月 日生

麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者で
ないと認められる。

上記のとおり診断します。

年 月 日

住 所

病 (医) 院名

医 師

印