

診 断 書

住所

氏名

昭和・平成 年 月 日生

上記の者は、麻薬、あへん、大麻若しくは覚醒剤の中毒者ではないことを認めます。

年 月 日

病院又は
診 察 所
の 名 称

所在地

医師名