

# 診断書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者ではないことを証明  
します。

令和 年 月 日

病院・診療所等名称

住所

医師氏名

印