

# 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。

年 月 日

所 在 地

病 院 名

医 師

Ⓜ