

(指導教育責任者資格者用)

# 診 断 書

住所

氏名

生年月日

上記の者は、アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の  
中毒者ではないものと診断します。

年 月 日

病院所在地

病院名

医師