

(ふぐ包丁師免許用)

診 断 書

氏名	
生年月日	年 月 日
上記の者について、下記のとおり診断します。	
1 視力 両眼の視力を全く失った者又は視力が不十分で眼鏡等を用いても補正のできない者 ☐ 該当しない ☐ 該当する	
2 麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒者 ☐ 該当しない ☐ 該当する	
3 精神機能 精神の機能の障害により、認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 ☐ 該当しない ☐ 該当する（※） ※「該当する」に☑がついた場合のみ（１）及び（２）も記載（別紙も可） （１）診断名 （２）現に利用している障害を補う手段又は治療の内容及び現在の状況 （できるだけ具体的に）	
診断年月日	年 月 日
病院、診療所等の名称	
所在地	TEL()
医師名	印

- 必ず、医師が記入してください。
- 消せるボールペンによる記入は無効です。
必ず、黒ボールペンまたはペンで記入してください。
- 訂正する場合は、二重線で消し、上から訂正印として、医師の診断印と同じ印を押印してください。
修正ペン・修正テープによる訂正は無効です。
- 次の内容が全て記載されていれば、この様式でなくても差しつかえありません。
- 申請者は、この診断書を受け取った後、氏名・生年月日等誤りがないか、必ず確認して、1月以内に申請してください。

氏名	
生年月日	年 月 日
上記の者について、下記のとおり診断します。	
1 視力	
両眼の視力を全く失った者又は視力が不十分で眼鏡等を用いても補正のできない者 ☐ 該当しない ☐ 該当する	
2 麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒者	
☐ 該当しない ☐ 該当する	
3 精神機能	
精神の機能の障害により、認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 ☐ 該当しない ☐ 該当する（※） ※「該当する」に☑がついた場合のみ（１）及び（２）も記載（別紙也可） （１）診断名 （２）現に利用している障害を補う手段又は治療法（できるだけ具体的に）	
診断年月日	年 月 日
病院、診療所等の名称	
所在地	
医師名	TEL()

申請者は、この日付から**1月以内**に申請が必要です。

病院印ではなく、医師の個人印を押印してください。
訂正をする場合は、この印で訂正印を押してください。