

診 断 書

氏 名

生年月日 昭和 平成 西暦 年 月 日

上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の
中毒者でないと診断します。

年 月 日

病院等所在地

病 院 等 名

医 師 氏 名 医師

㊞

診断書記入上の注意

- 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。
-
- 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ヶ月以内に申請してください。

<記入例>

| | |
|---|------------------------------|
| 診 断 書 | |
| 氏 名 | 神奈川 太郎 |
| 生年月日 | 昭和 50 年 1 月 10 日 平成 西暦 |
| 上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の 中毒者でないと診断します。 | |
| ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 申請者は、この日付後の1ヶ月以内に申請が必要です。 |
| 病院等所在地 | 〇〇市 〇〇 1丁目2番 |
| 病院等名 | 〇〇クリニック |
| 医師氏名 | 医師 〇〇 〇〇〇 |
| | ① |

いずれかに○をしてください。

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、この印と同じ印で訂正印を押してください。