

診 断 書

住所

氏名

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に該当しないことを診断します。

令和〇年〇月〇日

病院所在地 千葉県〇〇市〇〇

病院名 〇〇〇〇

医師