**診　　　　断　　　　書（毒劇物用）**

　　　　 　住　所

氏　名

生年月日　 年　　　　月　　　　日生

　　上記の者は、

　　　　麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者でない。

精神の機能の障害により業務を適正に行うに当たって、必要な認知、

　　　　判断及び意思疎通を適切に行うことができない者でない。

以上のとおり診断する。

　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　医師の住所

医師の氏名