

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。

令和 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。	
令和 ○ 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。