|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診　断　書 | | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 上記の者は、次の各号に該当しない。  １　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正に行うことができない者  ２　麻薬中毒者  ３　覚醒剤中毒者  上記のとおり診断する。 | | | |
| 診断年月日 | 年　　　月　　　日 | |  |
| 医療機関名称 | |  | |
| 医療機関所在地 | |  | |
| 医師氏名 | |  | |