診　断　書

住所

氏名

年　　月　　日生

　上記の者は検診の結果、麻薬、あへん又は覚せい剤の中毒でないことを認める。

　上記のとおり診断します。

　　　　　　年　　月　　日

診断医師

住所

氏名