

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、大麻又は覚醒剤の
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
 - ①医師氏名が署名の場合は、二重線を引いて正しい文言を記載し、その隣に医師の氏名を記載してください。
 - ②医師氏名が記名（ゴム印等）の場合、二重線を引いて正しい文言を記載したうえで訂正印が必要です。（医師氏名にも押印必須、訂正印のみ不可）
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 11 日 平成 西暦 10 日
上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚醒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 調理 一郎

いづれかに○をしてください。

①医師氏名が署名の場合は、二重線を引いて正しい文言を記載し、その隣に医師の氏名を記載。
②医師氏名が記名（ゴム印等）の場合、二重線を引いて正しい文言を記載し、訂正印を押印。医師氏名にも同じ印で押印。訂正印のみは不可。

氏名を署名してください。記名（ゴム印等）の場合は、必ず認印等で押印してください。