

# 診 断 書

住所

氏名

年 月 日生

上記の者は、

- 1 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤  
の中毒者に該当しない旨
  - 2 精神機能の障害により確認事務を適正に行うに  
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に該当しないことが明らか  
である旨
- を診断します。

年 月 日

病院所在地

病 院 名

医 師