診　　断　　書

氏　　名

生年月日　　　　　年　　月　　日

上記の者は、視覚、聴覚、音声機能若しくは言語機能、上肢の機能若しくは精神の機能の障害又は麻薬若しくは大麻の中毒者でないものと認めます。

　　　　年　　月　　日

医療機関　名　　称

所 在 地

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　印