|  |
| --- |
| 診　　　断　　　書 |
| 　　住　所　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生　　　　１　精神の機能の障害　　　　　　　　無　　　　　専門家による判断が必要　　　　２　麻薬又は覚せい剤の中毒　　　　　　　　無　　　　　有　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　診断医師　氏名　　　　　　　　　　　 |
| 照　　　　　　　合 |
| 　医　師、歯科医師　　　　　　　　　　免許証照合済　獣医師、薬剤師　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保健所　　　　　　　　　　取扱者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |