

# 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

上記の者は、次の各号に該当すると診断します。

- 1 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を特に認めない。
- 2 麻薬若しくは大麻の中毒者ではない。

診断年月日                      年    月    日

医師 住 所

施設名

氏 名                                      印