

(関西広域連合 調理師・製菓衛生師免許申請用)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日生
 平成

上記の者は、麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者でないことを診断します。

診断年月日 平成 年 月 日

医療機関所在地

名 称

医師氏名

個人印

注) 診断医師の氏名欄について、診断医師が自筆で記入したものでない場合には、必ず診断医師個人の印（私印）を押印してください。