診 断 書

〈 調理師法施行規則に基づく調理師免許申請用 〉

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 令		
上記の者について、下記のとおり診断します。				
1 麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒				
☐ な し				
☐ あ り				
診断年月日	年 月 日			
医 師	医療機関の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名 (署名又は記名押印)			

※ 1 各項目について、該当する欄 (□) にチェック印 (☑) を付けてください。