

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 师 | 医療機関の名称 | |
| | 所 在 地 | TEL |
| | 氏 名 | 印 |

※ 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。