

# 診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日		年 齢		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神障害</p> <p style="margin-left: 20px;">精神機能の障害</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p style="margin-left: 40px;">「明らかに該当なし」の欄に印がつけられない場合においては、 診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況 (できるだけ具体的に。詳細については別紙も可)</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> なし</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	平成 年 月 日			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健 施設等の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名	⑩		

\* 各項目について、該当する欄  にチェック印  をつけてください。

# 宣 誓 書

私は毒物及び劇物取締法第8条第2項第4号に該当しないことを宣誓します。

平成 年 月 日

住所 〒

氏名

千代田区千代田保健所長殿

(参考)

毒物及び劇物取締法第8条第2項第4号

毒物若しくは劇物又は薬事に関する罪を犯し、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して3年を経過していない者。