

診 断 書

住 所	佐賀市兵庫1-×-×			免許申請者の自宅住所を記入
氏 名	佐賀 太郎			
生年月日	明治 大正 昭和 平成	XX年 XX月 XX日	年 令	XX 才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 精神機能の障害</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要 ※専門家による判断が必要な場合において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） </p> <p>2 麻薬又は覚醒剤の中毒</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり </p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 診断年月日は、概ね1月以内のものとしてください。 </div>				
診断年月日	年 XX月 XX日	※詳細については別紙も可		
病院・診療所等の名称	県庁城外病院			
病院・診療所等の所在地	佐賀市城外 XX-XX			
医 師 氏 名	城外 弘			