

(調理師免許申請用)

診 断 書

住所

氏名

生年月日

年 月 日

上記の者は、麻薬・あへん・大麻もしくは覚醒剤の中毒者でないことを認める。

上記のとおり診断する。

年 月 日

医師住所

(受診機関名)

医師氏名

印