

診 断 書						
氏 名				性 別	男	女
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年 齢	歳
上記の者について、下記のとおり診断します。						
1 精神機能 精神機能の障害 <input 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)						
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: 0 auto;"> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> </div>						
2 麻薬中毒又は覚醒剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
診断年月日	令和 年 月 日					
医 師	病院又は診療所等の名称及び所在地					
	電話番号					
	氏 名					
許可証又は免許証の 対 照 欄		本証（医師・歯科医師・薬剤師・獣医師免許証、薬局開設・医薬品販売業許可証）と対照するに相違ない。 令和 年 月 日 栃木県 健康福祉センター・宇都宮市保健所 対照者 <span style="float: right;">㊞</span>				
備 考						
1. 収入証紙は貼付欄に貼り、消印はしないこと。						
2. 許可又は、免許の番号の欄には、①麻薬営業者の免許の申請であるときは、医薬品医療機器等法の規定による許可証の番号を記載すること。②麻薬施用者又は麻薬管理者の免許の申請であるときは、医師、歯科医師、薬剤師又は獣医師の免許の登録番号を記載すること。なお、本県で新しく免許を受ける場合は、医師、歯科医師、獣医師、薬剤師の免許証をそれぞれの保健所に持参し対照を受けること。						
3. 欠格事項の(1)欄から(3)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実があるときは、(1)欄にあってはその理由及び年月日を、(2)欄にあってはその罰、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(3)欄にあってはその違反の事実及び年月日を記載すること。						
4. 申請者の住所、氏名欄は、麻薬営業者であって法人の場合は、住所欄には主たる事務所の所在地、氏名欄には名称及び代表者氏名を記載すること。						