

(任意様式)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

上記の者はふぐ処理に必要な視力を有し、ふぐ処理者の業務を適正に行うにあたって必要な認知・判断及び意思疎通を適切に行うことができないような精神機能の障害と、麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒者の症状を認めません。

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

Ⓔ