（ふぐ包丁師免許用）

診　　断　　書

氏　　名	
生年月日	年　　月　　日

上記の者について、下記のとおり診断します。

1　視　力

両眼の視力を全く失った者又は視力が不十分で眼鏡等を用いても補正のできない者

☐　該当しない　　☐　該当する

2　麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒者

☐　該当しない　　☐　該当する

3　精神機能

精神の機能の障害により、認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者

☐　該当しない　　☐　該当する（※）

※「該当する」に☑がついた場合のみ（１）及び（２）も記載（別紙も可）

（１）診断名

（２）現に利用している障害を補う手段又は治療の内容及び現在の状況

（できるだけ具体的に）

診断年月日	年　　月　　日
病院、診療所等の名　　称	
所　在　地	ＴＥＬ(　　)
医　師　名	印

診断書記入上の注意

●**必ず、医師が記入してください。**
●**消せるボールペンによる記入は無効**です。
必ず、黒ボールペンまたはペンで記入してください。
●**訂正する場合**
①医師氏名が署名の場合は、二重線を引いて正しい文言を記載し、その隣に医師の氏名を記載してください。
②医師氏名が記名（ゴム印等）の場合、二重線を引いて正しい文言を記載したうえで訂正印が必要です。（医師氏名にも押印必須、訂正印のみ不可）
修正ペン・修正テープによる訂正は無効です。
●次の内容が全て記載されていれば、この様式でなくても差しつかえありません。

●**申請者は、この診断書を受け取った後、氏名・生年月日等誤りがないか、必ず確認して、１月以内に申請してください。**

診　　断　　書

氏　　名	
生年月日	年　　月　　日

上記の者について、下記のとおり診断します。

１　視　力
両眼の視力を全く失った者又は視力が不十分で眼鏡等を用いても補正のできない者
☐　該当しない　　☐　該当する

２　麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒者
☐　該当しない　　☐　該当する

３　精神機能
精神の機能の障害により、認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者
☐　該当しない　　☐　該当する（※）
※「該当する」に☑がついた場合のみ（１）及び（２）も記載（別紙も可）
（１）診断名
（２）現に利用している障害を補う手段又は治療
（できるだけ具体的に）

申請者は、この日付から**１月以内**に申請が必要です。

診断年月日	年　　月　　日
病院、診療所等の名称	
所在地	TEL(　　)
医師名	印

氏名を署名してください。
記名（ゴム印等）する場合は、必ず医師の個人印を押印してください。