診　　断　　書

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td>年　　月　　日生</td><td>年　齢</td><td colspan="2">才</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記の者について、下記のとおり診断します。

1　精神機能の障害
☐　該当しない　　☐　該当する

※該当する場合は、診断名およびふぐ処理師として業務を行うにあたっての必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行う事の支障の有無
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　麻薬、あへん、大麻もしくは覚醒剤の中毒
☐　なし　　☐　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">診断年月日</td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">医師</td><td>病院、診療所等の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="3">〒

TEL（　　）</td></tr>
<tr><td>診　療　科</td><td></td><td>氏　名</td><td></td></tr>
</table>

※必ずどちらかに☑を記載してください。