

診 断 書

氏 名			性 別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日	年 齢 歳
住 所				
上記の者について、以下のとおり診断します。 精神の機能の障害によりふぐの処理を適正に行うに当たって必要な 認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 ☐該当しない ☐該当する その他特記事項				
診断年月日	年	月	日	
医 師	病院、診療所等 の 名 称			
	所 在 地 電 話 番 号	TEL		
	氏 名	印		

※医師個人の印が押された診断書が必要です。（医療機関の印は無効。）

※必ずどちらかに☑を記載してください。