

(個人・役員用)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

上記の者は、

- 1 アルコール、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤
の中毒者
- 2 精神機能の障害により警備業務を適正に行う
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

に該当しないことを診断します。

平成 年 月 日

病院所在地

病 院 名

医 師

Ⓔ

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。 (各項目について該当する□欄にチェック☑を付けてください。)</p> <p>1 精神機能 精神機能の障害</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>「専門家による判断が必要」に該当する場合は、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を記載すること(できるだけ具体的に。詳細については別紙も可)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 麻薬中毒又は覚せい剤の中毒</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p>				
診 断 年 月 日	年 月 日			
医 師	病院、 診療所 又は介 護老人 保健施 設等	名 称		
		所 在 地		
		電 話 番 号		
	氏 名			