

(ふぐ取扱者免許申請用)

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

上記の者は、次の欠格事項に該当しないと診断します。

記

- 1 麻薬、あへん、大麻又は覚せい剤の中毒者
- 2 視覚又は精神の機能の障害によりふぐ取扱者の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

年 月 日

病院・診療所名

所 在 地

医 師 氏 名

印