（個人・役員・合格証明書交付申請用）

**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。

　　年　　月　　日

病院所在地

病院名

医師