診　断　書

|  |
| --- |
| 住所  氏名  生年月日　　　　　年　　月　　日  １　精神の機能の障害の有無　　　　　　　　　　　　ある・ない  ２　１で「ある」の場合の程度  　　火薬類を取り扱う場所で喫煙し、若しくは火気を取り扱うこと又は  火薬類による爆発その他災害が発生した場合のその現状を変更するこ  との禁止について、その内容を理解又はその義務を遵守することがで  きるか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　できる・できない  ３　１で「ある」の場合の程度  　　火薬類の販売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るか。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　できる・できない  　上記のとおり診断します。  　　　　　年　　月　　日  所在地  病院又は  診療所の名称  電話番号  医師の氏名 |