

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

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日

上記の者は、アルコール、麻薬、大麻、あへん
又は覚醒剤の中毒者ではないものと診断します。

年 月 日

病院所在地

病院名

医師

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機械警備業務管理者の
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
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