

別記 1

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	大 正 和 平 昭 成	年 月 日	年 令	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>精神機能の障害</p> <p>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</p> <p>(できるだけ具体的に。精神の機能の障害により、登録販売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の可否を含む。</p> <p>詳細については別紙も可。)</p>				
診断年月日	年 月 日 ※詳細については別紙も可			
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所 在 地	TEL		
	氏 名			