

例

氏名		〇〇 〇〇		業務を行う役員の診断書を提出（診断書のコピーは不可）	
生年月日	大正 昭和 平成 ●●年 ●月 ●日生	年齢	歳		
上記の者について、下記のとおり診断します。					
1. 精神機能の障がい（□にチェックを付けること）					
<input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし		チェックされているか			
<input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要		専門家による判断が必要な場合において、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（できるだけ具体的に記載して下さい。（注1））			
2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でない。					
診断年月日	年 月 日	診断日が3か月以内のものか			
病院、診療所又は介護老人保健施設等の					
名称					
所在地					
電話 () (注2)					
医師の氏名					

(注1) 精神機能の障がいの程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。

(注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。