

診 断 書
Medical Certificate

氏 名 (男 ・ 女)
Name M / F

生 年 月 日 (歳)
Date of birth (dd/mm/yyyy) Age

国 籍
Nationality

上記の者は、次の各号に該当しないと診断します。
This is to certify that the above-mentioned does not fall under any of the following.

1. 目が見えない者、耳が聞こえない者、口がきけない者
A person who is blind, deaf or dumb.
2. 精神病患者
A person who is mentally handicapped.
3. 麻薬、大麻、若しくはあへんの中毒者
A person who is addicted to drugs, narcotic, hemps or opium.

平成 年 月 日
Date
(dd/mm/yyyy)

施設名
Name of hospital

所在地
Address

医師氏名
Doctor's name (in print)

印
Signature