

診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日 生

上記の者について、次のとおり診断する。

精神機能の障害

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。精神機能の障害により、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。詳細については別紙も可。)

年 月 日

病院又は診療所の所在地

病院又は診療所の名称

医 師 氏 名