《登録販売者販売従事登録申請用》

診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 性別 | 男 | 女 |  |
| 生年月日 |  | | | 年令 | 才 | |
| 上記の者について、下記のとおり診断します。  　　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。詳細については別紙も可。）     |  | | --- | |  | |  | |  | | | | | | | |
|
|
|
|
| 診断年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |  | | | |
| 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 |  | | | | |