

# 診 断 書

氏 名		性 別	男	女		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	年 齡	歳
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						
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
有の場合は、診断名及び現に受けている治療の内容並びに治療等による障害の程度が軽減している状況等(できるだけ具体的に記載してください。)詳細については、別紙でも結構です。						
診断年月日                      平 成                      年                      月                      日						
医療機関名						
所 在 地						
電話番号(                      -                      -                      )						
医 師 氏 名						
(印)						

## 【主治医へ お願い】

- ① 理容師法及び美容師法に基づく免許登録に必要な診断書です。
- ② 精神機能の障害により、理容師又は美容師の業務を適正に行なうに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行なうことができるかについて診断し、その所見についてご記入ください。
- ③ 診断書用紙は、医療機関備え付けのものでも結構です。

## 【申請者注意事項】

\* 診断日から1か月を超えている診断書は使用できません。