

精神の機能の障害に関する医師の診断書

氏 名	
<p>「理容師又は美容師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ができない精神の機能の障害」の有無について下記のとおり診断します。</p> <p><input type="checkbox"/> 精神の機能の障害は無い。</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"><p>病 名：</p><p>症 状：</p><p><input type="checkbox"/> ただし、現に受けている治療等により、理容師又は美容師の業務を適正に行うことができる。</p></div>	
診 断 年 月 日	令和 年 月 日
医 療 機 関 名 称	
	所 在 地
	電 話 番 号
診 断 医 師 氏 名 (署 名)	

- 備考 1. 該当する□に✓チェックをしてください。
2. 診断書は、この様式に準じたものであれば医療機関備え付けのものを使用してもかまいません。
3. 診断医師氏名は自署をお願いします。
4. 精神の機能の障害が「有」の場合は、病名と症状についての詳細、及び理容師又は美容師の業務を適正に行うことができるかどうかも記入してください。
5. 医療機関名と診断医師名は必ず記入してください。
- ※ 理容師又は美容師免許申請の際は、診断日から3か月以内のものを添付してください。