

精神の機能の障害に関する医師の診断書

氏 名

「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。

☐ 精神の機能の障害は無い。

☐ 有

病 名 :

症 状 :

☐ 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。

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☐無か有に☒チェックをしてください。
 2. 氏名欄、診断年月日、医療機関、診断医師氏名欄は必ず記入してください。
 3. 診断医師氏名は必ず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の記入をしてください。

申請者へ

- ※ 理容師又は美容師免許申請の際は、必ず申請書が提出先に到着した日の3か月以内に医療機関で受診し、申請書に添付してください。
- ※ 公益財団法人理容師美容師試験研修センターでは、必要に応じて提出された診断書の確認を行います。
- ※ 偽造・改ざん診断書について、診断書を自分で作成、日付を改ざんなど行くと、刑法違反で罰せられる可能性があります。