《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 | 　 |