

診 断 書

証明される者

住 所 :

氏 名 :

生年月日: 年 月 日

上記の者は、次のいずれにも該当しないことを証明します。

- ア. 統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む）、てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害がもたらされないもの及び発作が睡眠中に限り再発するものを除く）その他の狩猟を適正に行うことに支障を及ぼす病気として環境省令で定めるものにかかっている者
- イ. 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者
- ウ. 自己の行為の是非を判別し、又はその判別に従って行動する能力がなく、又は著しく低い者

以上

年 月 日

所 在 地 :

医療機関名 :

医 師 名 :

印