ふぐ処理師試験 合格証書番号 及び年月日	第　　号 昭和・平成・令和　　年　　月　　日	担当者 確認印	

※申請の際には、合格証書の番号及び年月日を記入しておいてください。

診　　断　　書

氏　　名			
生年月日	昭和・平成・西暦　　年　　月　　日	性　　別	男　・　女

上記の者について、下記のとおり診断します。

1　視力
両眼の視力を喪失している　　☐　該当しない　　☐　該当する

2　精神機能
精神機能の障害　　☐　該当しない　　☐　該当する
※該当する場合は、診断名及びふぐ処理師として業務を行うにあたっての必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行う事の支障の有無

3　麻薬、あへん、大麻又は覚醒剤の中毒　　☐　該当しない　　☐　該当する
※該当する場合は、診断名及びふぐ処理師として業務を行うにあたっての必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行う事の支障の有無

※いずれかの☐に ✓ を。詳細については別紙も可

診断年月日	年　　月　　日	
診　断　者	医療機関名	
	所　在　地	TEL（　　）
	医　師　名	㊞