

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齡	才	
上記の者について、下記のとおり診断します。				
<p>1 精神機能の障害 (<input type="checkbox"/>にチェックを付けること)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 専門家による診断が必要</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">専門家による診断が必要な場合において、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記載してください。（注1））</p> </div> <p>2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 (<input type="checkbox"/>にチェックを付けること)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>				
診断年月日	年 月 日			
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p style="padding-left: 40px;">名 称</p> <p style="padding-left: 40px;">所 在 地</p> <p style="padding-left: 80px;">TEL () (注2)</p> <p style="padding-left: 40px;">医 師 氏 名 印</p>				

- (注1) 精神機能の障害程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意志疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書きください。
- (注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載してください。

雇 用 (使 用) 関 係 証 明 書

宮崎県知事

河野 俊嗣 殿

下記のとおり、雇用（使用）関係にあることを証します。

記

1 業務の内容

2 勤務場所の所在地

名 称

3 勤務時間

曜日 午前 時 分から 午後 時 分まで

曜日 午前 時 分から 午後 時 分まで

4 休 日

年 月 日

使用者 住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏名〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

⑩

被用者 住所

氏名

⑩