Medical Certificate（診断書）

Name（氏名）_____ Men（男）/Female（女）

Date of birth（生年月日）_____ _____ years old(歳)

Nationality（国籍）_____

I have diagnosed the above person doesn't have following condition.
（上記の者は、次の各号に該当しないと診断します。）

1. Blindness and deaf, or dumbness.
   （目が見えない者、耳が聞こえない者、口がきけない者）
2. Mentally handicap
   （精神病者）
3. Drug addict
   （麻薬、大麻，若しくはあへんの中毒者）

Date（日付）_____

Name of facility/hospital（施設・病院名）

_____

Address（所在地）_____

Doctor's signature（医師署名）_____