

参考様式

## 医 師 の 診 断 書

氏 名			
住 所			
生 年 月 日	年	月	日
	年 齢	歳	
<p>上記の者は、次の各号に該当しないことを証明します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 統合失調症</li> <li>2 そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）</li> <li>3 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。）</li> <li>4 上記1～3に掲げるもののほか、自己の行為の是非を判別し、又はその判別にしたがって行動する能力を失わせ、または著しく低下させる症状を呈する病気</li> <li>5 麻薬の中毒者</li> <li>6 大麻の中毒者</li> <li>7 あへんの中毒者</li> <li>8 覚せい剤の中毒者</li> </ol>			
診 断 年 月 日	令 和	年	月 日
医 師	病院等の名称		
	所 在 地		
	氏 名	印	

- (注) 1 申請時に銃砲刀剣類所持等取締法第4条第1項第1号の許可を受けている方は不要です。  
 この場合には、狩猟免許（更新）申請書に銃砲所持許可証番号及び交付年月日を記入し、当該許可証の写し（1ページ目から2ページ目の見開き部分）を添付してください。
- 2 当該「医師の診断書」は、任意のものでかまいませんが、その内容は上記事項すべてに該当しない旨の証明が必要です。