마약류 중독여부 확인을 위한 의사 진단서(안)

건강 진단서

원부대조필 인

병록번호 _____
연번 _____
주민등록번호 _____ - _____

성명		성별		생년월일		연령	
주소				전화			
병 명							
소견	**위 사람은** **「유아교육법」 제22조의2 및 「초·중등교육법」 제21조의2에 따른 결격사유 확인과 관련하여** **마약, 대마, 향정신성의약품 중독자가 아님을 진단함** 위의 판단은 진단일 현재의 의학적 검사와 아래 표시한 검사 결과에 근거한 것임						
비고							
용도	자격취득 결격사유 확인용			진단일			
진단을 위해 시행한 검사	☐ TBPE ☐ 진단시약검사 ☐ 기 타( )						

발 행 일 :
의 료 기 관 :
주소 및 명칭 :
전화 및 FAX :
면 허 번 호 : 제 _____ 호 의사성명 _____ (인)

※ 상기 진단서는 예시로, 의료기관에 따라 양식이 달라질 수 있음