

精神の機能の障害に関する医師の診断書

氏 名

「理容師又は美容師の業務を適正に行うに当たって、必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない精神の機能の障害」の有無について下記のとおり診断します。

精神の機能の障害は無い。

有

病 名：

症 状：

ただし、現に受けている治療等により、理容師又は美容師の業務を適正に行うことができる。

診 断 年 月 日 令 和 年 月 日

医 療 機 関 名 称 新宿スカイビル健診テラス

所 在 地 東京都新宿区新宿4-4-1第1スカイビル5F

電 話 番 号 03-5990-2944

診 断 医 師 氏 名
(署 名)

- 備考 1. 該当する□無か有に✓チェックをしてください。
2. 氏名欄、診断年月日、医療機関、診断医師氏名の欄は必ず記入してください。
3. 診断医師氏名は自署をお願いします。
4. 精神の機能の障害が「有」の場合は、病名と症状についての詳細、及び理容師又は美容師の業務を適正に行うことができるかどうかも記入してください。
※理容師又は美容師免許申請の際は、必ず申請日の3か月以内に医療機関を受診し、申請書に添付してください。