

様式第7(第2条関係)

同 意 書

年 月 日

愛知県知事 殿

施設の名称

施設の所在地

施設の長の氏名

下記の者が大麻取締法の規定による大麻研究者の免許を受けた場合は、本施設内でその研究に従事することに同意する。

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

研究目的・研究計画書

年 月 日

住 所

氏 名

研究に従事する施設の
所在地

名 称

[研究目的]

[研究計画]

診 断 書

住 所			
氏 名		性 別	男 女
生年月日	昭 和 平 成	年 令	
	年	月	日

上記の者について、下記のとおり診断します。

(各項目について該当する□欄にチェック☑を付けて下さい。)

1. 精神機能の障害 (※)

- 明らかに該当なし
 専門家による判断が必要

専門家による判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。）

2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

- なし
 あり

診断年月日	年 月 日
-------	-------

病院、診療所又は介護老人保健施設等の

名 称

所 在 地

医師の氏名

TEL () —