

診 断 書

住 所

氏 名

性別 男 女

生年月日

年 月 日

上記の者は、結核、皮膚疾患、その他厚生労働大臣の指定
する伝染性疾病を認めない

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院・診療所 { 所在地
名 称
医 師

印